FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 92.

# NATURE
# DES PSYCHOSES CHORÉIQUES

## THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Juillet 1896

PAR

**Eugène-Octave-Auguste ROUSSEAU**

Né à MORLAIX (Finistère), le 16 Novembre 1871.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Examinateurs de la Thèse.. | MM. ARNOZAN | professeur | *Président* |
| | DUPUY | professeur | *Juges* |
| | MESNARD | agrégé | |
| | LE DANTEC | agrégé | |

**Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical**

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 92.

# NATURE
# DES PSYCHOSES CHORÉIQUES

## THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Juillet 1896

PAR

**Eugène-Octave-Auguste ROUSSEAU**

Né à MORLAIX (Finistère), le 16 Novembre 1871.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Examinateurs de la Thèse.. | MM. ARNOZAN | professeur | *Président* |
| | DUPUY | professeur | *Juges* |
| | MESNARD | agrégé | *Juges* |
| | LE DANTEC | agrégé | *Juges* |

**Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical**

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
—
1896

# Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

| | Messieurs |
|---|---|
| Clinique interne | PICOT. |
| | PITRES. |
| Clinique externe | DEMONS. |
| | LANELONGUE. |
| Pathologie interne | DUPUY. |
| Pathologie et thérapeutique générales | VERGELY. |
| Thérapeutique | ARNOZAN. |
| Médecine opératoire | MASSE. |
| Clinique d'accouchements | MOUSSOUS. |
| Anatomie pathologique | COYNE. |
| Anatomie | BOUCHARD. |
| Anatomie générale et Histologie | VIAULT. |
| Physiologie | JOLYET. |
| Hygiène | LAYET. |
| Médecine légale | MORACHE. |
| Physique | BERGONIE. |
| Chimie | BLAREZ. |
| Histoire naturelle | GUILLAUD. |
| Pharmacie | FIGUIER. |
| Matière médicale | de NABIAS |
| Médecine expérimentale | FERRE. |
| Clinique ophtalmologique | BADAL. |
| Clinique des maladies chirurgicales des enfants | PIÉCHAUD. |
| Clinique gynécologique | BOURSIER. |

AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | |
|---|---|
| SECTION DE MÉDECINE | |
| | MESNARD. |
| | CASSAET. |
| Pathologie interne et Médecine légale | AUCHE. |
| | SABRAZÈS. |
| | Le DANTEC. |
| SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS | |
| | VILLAR. |
| Pathologie externe | BINAUD. |
| | BRAQUEHAYE. |
| Accouchements | RIVIÈRE. |
| | CHAMBRELENT. |
| SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES | |
| Anatomie | PRINCETEAU. |
| | CANNIEU. |
| Physiologie | PACHON. |
| Histoire naturelle | BEILLE. |
| SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES | |
| Physique | SIGALAS. |
| Chimie et Toxicologie | DENIGES. |
| Pharmacie | BARTHE. |

COURS COMPLÉMENTAIRES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clinique int. des enf. | MM. MOUSSOUS | Maladies mentales | MM. RÉGIS. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | DUBREUILH | Pathologie externe | DENUCE |
| Cliniq. des maladies des voies urin. | POUSSON | Accouchements | RIVIÈRE |
| Mal. du larynx, des oreilles et du nez | MOURE | Chimie | DENIGÈS |

*Le Secrétaire de la Faculté :* LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions emises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien affectueusement

---

A MES PARENTS

---

A MES AMIS

## A MONSIEUR LE DOCTEUR LE DANTEC

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DE 1re CLASSE DE LA MARINE

RÉPÉTITEUR A L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES COLONIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

---

## A MONSIEUR LE DOCTEUR RÉGIS

CHARGÉ DU COURS DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

*A mon Président de Thèse*

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARNOZAN

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

# AVANT-PROPOS

A tous ceux qui furent mes maîtres, à tous ceux qui m'apprirent à connaître et à juger, j'apporte ici le faible hommage de ma plus vive gratitude. Ne pouvant les citer tous, j'adresserai à ceux qui me furent le plus chers l'expression d'un respect plus particulier.

De mon stage dans le service de M. le professeur Arnozan j'avais gardé le souvenir d'une tâche facilitée par la bienveillance du maître. En acceptant de présider cette thèse, il me donne aujourd'hui une preuve nouvelle de sollicitude : je l'en remercie vivement.

Quand j'ai demandé à M. le docteur Régis de vouloir bien me guider dans le choix d'un sujet de thèse, j'étais pour lui presque un inconnu. La façon dont ma demande a été accueillie prouve qu'on ne fera jamais appel en vain aux ressources profondes de ses connaissances médicales, ou à la libéralité de son esprit. Qu'il soit assuré de toute ma reconnaissance.

M. le professeur agrégé Le Dantec me permettra de lui rappeler ce que je dois à son enseignement direct d'abord, puis à cet enseignement de toutes les heures que fait naître le hasard des conversations, rendant attrayante la science la plus ardue. Mais je désirerais qu'ici la science fît place à l'amitié, à cette amitié forte qui ne s'est jamais démentie et que le temps ne fera qu'augmenter.

# INTRODUCTION

Avant de commencer l'étude du sujet qui nous occupe, il est bon de lui assigner sa place exacte en un point de la pathologie. Si l'on envisage la partie dominante de ce travail, l'étude d'un délire, il se range tout naturellement dans la médecine mentale. Mais ce délire n'étant, en somme, qu'une manifestation de la chorée, c'est aussi dans le groupe des maladies nerveuses que notre modeste ouvrage vient se placer logiquement.

Nous n'avons pas voulu, en écrivant ceci, faire seulement une œuvre de bibliographie, une mise au point complète de la question. Envisagée à ce point de vue, notre thèse compterait de nombreuses lacunes. Tout autre a été notre but: montrer que le délire choréique est un délire infectieux, à forme de rêve, voilà ce qui nous occupera particulièrement. Mais avant d'arriver au délire, il est un état mental particulier que nous ne pouvions passer sous silence ; au delà du délire paraît la démence, et nous en parlerons brièvement.

Nous croyons que la psychologie pure est impuissante à

définir ces états mentaux. La médecine seule peut donner à ces questions la durable fécondité des études qui s'appuient sur l'expérimentation et procèdent par des méthodes rationnelles. Mais, avant d'aborder l'étude de ces phénomènes psychiques, il est bon de définir exactement la chorée et de faire connaître des théories pathogéniques dont l'exposé paraîtra peut-être long, mais dont l'utilité s'impose. En effet, notre étude vient en aide à la théorie récente de l'infection. Cette théorie, à son tour, explique le délire choréique. Pathogénie et délire forment ainsi un cycle qu'il faut exposer tout entier.

Nous avons essayé d'être bref dans plusieurs parties sans nuire à la clarté de l'ensemble. Si nous n'avons pu réaliser entièrement ce programme, la faute en revient peut-être moins à nous-même qu'à la complexité du sujet traité.

# CHAPITRE PREMIER

## Définition de la chorée.

Une définition exacte de la chorée n'est pas sans présenter quelques difficultés. On a donné ce nom à un nombre relativement considérable de maladies, regardées aujourd'hui comme très différentes, dans lesquelles intervenaient à titre de principal symptôme des mouvements involontaires et plus ou moins désordonnés. Les délimitations nosographiques auxquelles on s'en tient aujourd'hui ne sont peut-être pas définitives, mais elles se dessinent assez nettement.

Ni l'anatomie pathologique, ni la pathogénie ne peuvent nous donner une base certaine ; la clinique seule nous permettra de tracer les divisions indispensables dès l'abord.

Nous distinguerons donc, avec M. Blocq, les chorées essentielles des chorées symptomatiques. Ces dernières, qu'elles soient d'origine organique (hémi-chorées post hémiplégiques) ou dynamique (chorées hystériques, arythmiques ou rythmiques) ne nous occuperont pas ici. Nous ne considérerons que les chorées dites essentielles, qui se divisent suivant la rapidité des mouvements, en chorée vraie gesticulatoire et chorée électrique ou myoclonie.

La première seule répond à un type clinique bien défini. C'est elle qui sera le point de départ de notre étude. Elle constitue une *espèce* « chorée de Sydenham » dont les *variétés* sont : la chorée molle, la chorée des femmes enceintes, etc.

Pour fixer dans l'esprit du lecteur la place exacte de notre chorée par rapport aux autres, nous donnerons le tableau suivant emprunté à l'École de la Salpêtrière.

| | | | |
|---|---|---|---|
| CHORÉES | ESSENTIELLES | CHORÉE (vraie gesticulatoire) | Chorée des Enfants (Sydenham). |
| | | | Chorée molle. |
| | | | Chorée des femmes enceintes. |
| | | | Chorée chronique des vieillards. |
| | | | Chorée héréditaire (Huntington) |
| | | MYOCLONIE (chorée fausse électrique) | Paramyoclonus multiplex (Friedreich), type. |
| | | | Chorée fibrillaire (Morvan). |
| | | | Chorée de Bergeron. |
| | | | Chorée de Dubini, espèce distincte. |
| | SYMPTOMATIQUES | Hystériques. | |
| | | Organiques. | |

Ceci posé, nous dirons avec Comby : « La chorée de Sydenham ou danse de Saint-Guy (1) est une névrose caractérisée par des mouvements désordonnés, incohérents,

(1) « Le nom de danse de Saint-Guy venait de ce que les malades se rendaient en pèlerinage pour être guéris à la chapelle de Saint-Guy, à Dresselhausen, dans le district d'Ulm, en Souabe. Le saint, martyr sous Dioclétien, aurait eu tous les ans, au mois de mai, le pouvoir de guérir ce mal, dont on prétendait qu'il avait été lui-même atteint. »

arythmiques des membres, et par des troubles sensitifs et psychiques », et nous ajouterons avec Lannois : « Les gestes choréiques sont des mouvements musculaires à grand rayon, involontaires, bien que le plus habituellement conscients, occupant principalement la tête et les membres, incessamment renouvelés sans repos ni trêve, et ne s'arrêtant que pendant le sommeil. »

En résumé, nous dirons plus simplement : « Folie musculaire — musculature irrésistible, suivant la forte expression de Roth — avec ou sans folie psychique. »

## Théories Pathogéniques.

Dans l'exposé de ces théories pathogéniques, nous laisserons le plus souvent possible la parole à ceux qui, les ayant conçues, les ont exprimées plus clairement que nous ne saurions le faire. Ces théories sont au nombre de quatre principales : rhumatismale, nerveuse, réflexe et infectieuse.

**Théorie rhumatismale**. — C'est la première en date et elle s'autorise du nom de G. Sée, qui l'exposa en 1850, dans un rapport resté célèbre. Cependant, on ne doit pas oublier des observations de chorée avec rhumatisme signalées par Bouteille, Berndt et Watson, et des autopsies faites par Bright, Bazin et Gendron (1835). Ce fut là, dit-on, le point de départ des travaux de G. Sée, qui voulut surtout étayer sa théorie par des arguments d'ordre statistique. Nous allons résumer cet important travail.

Après un historique assez long, il donne les caractères anatomiques de la chorée, et les divise en trois séries distinctes, dont la plus précieuse et la plus homogène comprend les phlegmasies pseudo-membraneuses ou purulentes des membranes séreuses, surtout du péricarde et de l'arachnoïde.

Première catégorie. — Sur 84 autopsies, il trouve 34

inflammations isolées ou réunies des tissus séreux. Une observation d'enfant montre la chorée coïncidant avec une inflammation plastique récente du péricarde, un épanchement pleural, un dépôt de lymphe coagulable sous l'arachnoïde spinale. Or, péricardite coïncidant avec méningite spinale et pleurésie, c'est là un ensemble qui résulte d'un état général ou diathésique. Or, qu'est-ce qu'une inflammation multiple des séreuses, si ce n'est l'effet et le caractère de la diathèse rhumatismale?

Ces premières données le portèrent à examiner le cœur et les articulations des choréiques. Continuée pendant trois années, l'observation vint confirmer ce fait isolé, et la corrélation de la danse de Saint-Guy avec le rhumatisme cardiaque et synovial devint bientôt pour les médecins de l'hôpital des Enfants et pour G. Sée une vérité démontrée, dont la clinique avait seule fait tous les frais.

Après les preuves cliniques, on chercha dans l'analyse directe des faits ce qui manquait aux descriptions générales. « Et, dit-il, quel ne fut pas notre étonnement de trouver dans les annales de la science, de nombreux exemples de chorées rhumatiques, qui y étaient épars et perdus sous d'autres noms, n'attendant, pour ainsi dire, qu'à être rapprochés en corps de doctrine. Sur 34 cas ainsi réunis, on en trouvait 17 dans lesquels le rhumatisme était inscrit en termes formels. »

L'expression anatomique du rhumatisme, c'est dans l'état aigu une inflammation peuso-membraneuse ou une congestion séreuse, ou une simple hypérémie. Dans l'état chronique, ce sont les produits de la lymphe plastique organisés en manière de taches, d'opacités, d'adhérences, d'indurations fibreuses ou osseuses. Les changements de texture qu'on rencontre dans la chorée sont exactement de même

nature, de même aspect... Le siège de prédilection du rhumatisme est dans les articulations, dans les tuniques du cœur, plus rarement dans les autres séreuses : le rhumatisme chronique affecte les mêmes tissus et dans le même ordre. Au point de vue nécropsique, il n'est donc aucun des caractères du rhumatisme qu'on ne retrouve dans la chorée. L'histoire anatomique de ces états morbides démontre clairement qu'il existe entre eux une connexité intime, dont la vérification, facile au lit du malade, acquiert encore un nouveau degré de certitude dans l'étude de leurs causes réciproques. »

Deuxième catégorie. — Mais il reconnaît qu'il y a des chorées qui échappent à cette assimilation et méritent cependant un sérieux examen. Ainsi, il en est un assez grand nombre qui sont le résultat plus ou moins évident d'une altération de la substance nerveuse, et d'autres qui s'accompagnent d'une hypersécrétion des méninges. La plupart des épanchements séreux des ventricules ou du tissu cellulaire sous-arachnoïdien s'expliquent par les complications qui terminent habituellement les jours du malade (hépatisation du poumon, fièvres éruptives). Mais quand le malade meurt par les seuls progrès de l'affection nerveuse, il est difficile d'en rattacher la cause à la perturbation de l'hématose.

Ces états congestifs pourraient venir du rhumatisme. Les altérations de la moelle et de l'encéphale sembleraient plus propres à produire ces effets morbides, mais il n'en est pas dont la coïncidence et le mode d'action soient bien démontrés. On a cité plusieurs lésions ; mais de toutes ces données anatomiques, il n'y a que celles relatives aux tubercules de l'encéphale qui aient été constatées d'une manière précise. Georget et Andral les ont trouvées nettement.

Il conclut en disant qu'il n'y a souvent que coïncidence, et

qu'en supposant même qu'il y ait concordance entre les troubles organiques, ce ne serait pas un motif suffisant pour attribuer la chorée à une altération de la pulpe nerveuse.

Troisième catégorie. — Enfin, il est des chorées qui semblent être indépendantes de toute modification appréciable du système nerveux, de toute altération générale de l'économie. Il considère ces cas particuliers comme des affections nerveuses essentielles, c'est-à-dire des névroses.

Il examine ensuite les rapports de la chorée avec les états fébriles, en général, et donne des chiffres intéressants. Sur 128 chorées, il en trouve 70 fébriles, dont : 25 fièvres rhumatismales, 17 fièvres exanthématiques, 12 fièvres éphémères essentielles et 16 phlegmasies. Et il cite en note, dans son Mémoire, 20 cas de chorée survenue après des maladies pyrétiques (rougeole, typhoïde, pneumonie, etc.).

Il semble donc, dit-il, que, dans certaines circonstances données, toutes les maladies fébriles puissent avoir le même résultat. La diversité de celles que nous venons de rapporter ne permet pas de trouver une autre cause morbide que l'influence du mouvement fébrile, qui est le seul élément commun. Et il conclut :

1° Si le système nerveux est à l'état sain, l'éréthisme fébrile, une fois arrivé à son déclin, peut en pervertir les fonctions.

2° S'il existe déjà des symptômes spasmodiques, la fièvre les modifie, en plus tant qu'elle persiste, en moins dès qu'elle vient à diminuer elle-même.

Ceci posé, il revient au rhumatisme, et montre que, sur 128 chorées, il y en a 61 coïncidant avec des phénomènes articulaires. Nous n'insisterons pas, et nous ferons seulement remarquer avec lui que trois combinaisons peuvent se présenter :

1° Rhumatisme articulaire précédant la chorée. C'est la

majorité des cas. Quand les douleurs permettent à l'articulation de se fléchir, les mouvements insolites apparaissent.

2° Chorée avec rhumatisme articulaire concomitant ou consécutif. Ce sont des chorées avec arthrites secondaires, qui se rapprochent d'autant plus des premières qu'il est des cas qui établissent entre elles une transition naturelle : ce sont les névropathies dont le début et la fin sont marqués tous deux par une attaque de rhumatisme.

3° Névropathies avec affections rhumatismales internes. On méconnaît souvent l'affection interne. Mais ces cas sont rares et s'accompagnent souvent de quelque manifestation extérieure passagère.

L'opinion de G. Sée eut des adeptes, et, en 1866, Roger, dans un mémoire consciencieux, se rangea nettement à l'opinion de son savant prédécesseur. C'est sur la pathologie du cœur qu'il s'appuya surtout. « La clinique m'a appris, dit-il, qu'il faut non seulement admettre dans la chorée une forme rhumatismale, mais encore que cette forme prime toutes les autres par sa fréquence comme par son importance pratique, à tel point que je me suis demandé si la chorée n'était point, dans la presque universalité des cas, une manifestation du rhumatisme et, en conséquence, si l'on ne devrait pas nosologiquement la faire sortir du cadre des névroses, ou tout au moins la considérer comme une névrose rhumatismale. »

Pour Roger, les exceptions ne détruisent pas la théorie, et quand, en médecine, les coïncidences se répètent très souvent et avec une sorte de régularité, il ne convient plus de les expliquer par des circonstances fortuites, mais il pense qu'il faut rechercher si elles ne sont pas plutôt l'expression d'une loi de pathologie.

Il montre qu'il y a entre les deux maladies, les liens suivants : coïncidence fréquente, rapport de cause à effet, parenté des

deux maladies, identité de nature, et il en tire cette loi : « La notion de la fréquence de la chorée consécutive au rhumatisme doit faire modifier le pronostic de ce dernier, chez les jeunes sujets ». Il fait de la chorée l'accompagnement presque nécessaire du rhumatisme cérébral, et conclut à la presque identité des deux maladies.

Plus près de nous, J. Simon, en 1891, dans une clinique des enfants malades, expose nettement ses idées à ce sujet. Il se range aux côtés de G. Sée et fait remarquer d'abord, que la théorie a une importance pratique pour l'hygiène des malades qu'on soigne, puis il présente un enfant de douze ans dont la chorée est nettement consécutive à un rhumatisme. Revenant à la théorie, il fait remarquer que la chorée affecte la même distribution géographique et il expose la fréquence des affections cardiaques chez ceux même où le rhumatisme n'est pas net (80 0/0). Le rhumatisme et la chorée se succèdent et s'emmêlent irrégulièrement ; la clinique constate chaque jour cette union intime.

**Théorie nerveuse**. — Avec Charcot paraît la théorie nerveuse. Pour lui, c'est toujours la grande question de la combinaison de l'arthritisme avec les maladies nerveuses. Il trouve qu'il n'y a là qu'une coïncidence très commune dans toutes les névroses. « On peut considérer l'arthritisme comme formant un arbre, dont les principaux rameaux sont la goutte, le rhumatisme articulaire, certaines formes de migraine, des affections cutanées, etc.

» De l'autre côté, un arbre nerveux comprend la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, toutes les catégories de vésanies à formes héréditaires ou autres... Les deux arbres sont voisins ; ils communiquent par la racine, et ils ont des relations tellement intimes qu'on peut se demander parfois si ce n'est pas le même arbre.

» Si vous avez cette clef, vous comprendrez la plupart des phénomènes qui se passent dans les maladies nerveuses, et dont sans cela vous ne sauriez vous rendre compte. Quand vous vous trouvez devant un sujet atteint de névropathie vous devez le considérer seulement comme à un épisode de la maladie.

» A mon avis, il n'y a pas de chorée méritant d'être appelée rhumatismale dans l'acception rigoureuse du mot ; en d'autres termes, je ne crois pas que la chorée puisse jamais être considérée comme un équivalent dans les centres nerveux de l'affection articulaire ou des affections viscérales de la fièvre rhumatismale. Il me paraît bien que l'opinion contre laquelle je m'élève est le résultat d'une illusion... Il y a souvent coïncidence ou alternance, mais cela ne suffit pas à démontrer l'identité des deux affections ; tout au plus, cela peut-il faire penser qu'il y a entre elles une certaine affinité dont il reste à chercher la raison d'être... Il est évident que le rhumatisme articulaire joue, par rapport à la chorée, le même rôle d'agent provocateur que joue la syphilis par rapport à l'ataxie locomotrice progressive. Mais au fond, c'est toujours la même maladie, qui est, dans un cas l'ataxie, dans l'autre la chorée. »

Nous avons tenu à reproduire en entier cette longue citation, qui ne laisse aucun doute sur la pensée du Maître. Adoptée par son Ecole, cette théorie compta bientôt de nombreux partisans, et fut formulée par Joffroy, entre autres, dans plusieurs articles de journaux, et par son élève Breton, dans une thèse. « La chorée, dit Joffroy, est une dans sa nature, et je déclare qu'elle n'est jamais rhumatismale. C'est une maladie spéciale, au cours de laquelle les arthropathies sont communes comme elles le sont au cours de la scarlatine et de la blennorrhagie, etc. Et il fait remarquer que, chez

l'adulte, où le rhumatisme est très fréquent, la vraie chorée n'existe pas.

Mais avant d'exposer sa théorie, il fait remarquer que « les désordres de la chorée seraient facilement explicables, si l'on pouvait supposer qu'elle est une maladie générale infectieuse. Mais comment expliquer ainsi que la chorée survient seulement à une période déterminée de l'existence ? » Il est plus satisfaisant, trouve Joffroy, de considérer la chorée comme une maladie d'évolution atteignant l'axe cérébro-spinal et liée non à la puberté, ainsi que le disaient Sydenham et Bouteille, mais à une condition plus fondamentale, la croissance dans son acception la plus générale. Elle est au système nerveux ce que la chlorose est au système circulatoire, et il l'appelle une névrose cérébro-spinale d'évolution.

« La théorie que je vous soumets, dit-il plus loin, supposant un trouble dans le jeu encéphalo-médullaire, me paraît expliquer d'une façon plausible l'époque d'apparition de la chorée, aussi bien que les modifications de l'intelligence, les mouvements choréiques, les paralysies, les troubles réflexes et sensitifs par lesquels elle peut se manifester. Dans cette compréhension de la chorée, il est facile de rattacher à la maladie elle-même les déterminations articulaires, en les faisant rentrer dans la classe des arthropathies nerveuses, je dirai même des arthropathies spinales et je rappellerai aussi l'influence fréquente des lésions centrales sur le développement d'altérations dans les grandes séreuses et les viscères internes. »

M. Joffroy est revenu récemment, et d'une façon plus explicite, sur sa manière de voir. Dans une clinique de la *Semaine Médicale* de 1893, il conclut en disant que :

1° La chorée est la manifestation (à l'occasion d'une maladie ou d'une émotion, etc.) de la dégénérescence de l'appareil nerveux moteur.

2° La folie choréique est la manifestation (à l'occasion de la chorée) de la dégénérescence de l'appareil psychique.

De même M. Comby, dans un article du *Progrès médical*, s'étonne de l'engouement des médecins pour cette doctrine rhumatismale qui a tenu pendant vingt ans le haut du pavé.

Sur dix-sept observations prises en deux ans, Comby n'a pas trouvé de rhumatisme. Tout ce qu'on peut accorder aux partisans de la doctrine rhumatismale, c'est, dit-il, que le rhumatisme se trouve plus souvent à l'origine de la chorée que les autres maladies aiguës. Cela ne prouve qu'une chose, c'est que la maladie rhumatismale, si grave dans l'enfance, porte au système nerveux une atteinte plus profonde que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, etc... Toutes ces maladies, quand elles frappent un organisme en voie de développement, peuvent le conduire à la chorée : encore faut-il que les sujets soient prédisposés par l'hérédité à cette manifestation nerveuse.

Puisque, dans l'espèce, l'anatomie pathologique est muette, la parole doit rester à la statistique clinique. Celle-ci n'a pas dit son dernier mot, mais jusqu'à présent elle est peu favorable à la théorie de G. Sée. M. Cadet de Gassicourt, qui partage cependant l'avis de cet illustre maître, admet que dans les deux tiers des cas les chorées n'ont rien à voir avec le rhumatisme ! Aussi la conclusion de Comby est-elle que la chorée de Sydenham est une névrose de croissance ayant des relations étroites avec l'hystérie.

Steiner, lui aussi, sur 252 cas, n'a vu que 4 rhumastismes ; Sturges, sur 219 cas, note 16 antécédents rhumatismaux.

Pour Bouchut, le rhumatisme n'aurait, dans la guérison de la chorée, qu'une influence banale résultant de l'anémie et de l'affaiblissement qu'elle entraîne.

Charles Leroux nous dit qu'en prenant la direction du Dispensaire Furtado-Heine, il était imbu des idées de M. Roger. L'étude des faits, continuée trois ans, a modifié son opinion première. L'article de M. Leroux étant surtout un exposé statistique, nous ne pouvons le résumer ici. Disons seulement qu'il croit qu'il faut s'en tenir à l'opinion de Pinel, qui, le premier, considéra la chorée comme une névrose, et il se range absolument à l'idée soutenue par MM. Joffroy et Saric (thèse) que la chorée est une névrose de croissance.

Citons enfin, pour en finir avec cette théorie, les conclusions de Strumpell : « Force nous est de considérer la chorée comme une névrose, c'est-à-dire comme une maladie dont les désordres fonctionnels n'ont encore aucun substratum organique connu. »

**Théorie réflexe**. — Cette théorie originale nous paraît un terme de transition tout naturel, et fort important, pour arriver à la conception de la chorée, suite possible d'infection. La plupart des auteurs la passent sous silence, mais nous croyons devoir la reproduire ici : nous l'avons puisée dans la thèse récente du docteur Triboullet fils.

En 1863, le docteur Triboullet (le père) attirait l'attention sur l'existence, chez les choréiques, de points douloureux à la pression le long de la colonne vertébrale et sur le trajet des troncs nerveux des membres. Cette névrodynie fut étudiée par ses élèves Perrigault, Rousse et Mohammed-Saïd.

Voici l'exposé de ses principaux caractères :

1° Ces points sont d'autant plus marqués que la chorée est plus intense.—Quand il y a unilatéralité du mouvement, il y a

unilatéralité de la douleur. —La pression en ces points douloureux augmente l'intensité du mouvement choréique.—Tant que la pression réveille en ces points la sensation pénible, le mouvement choréique persiste.

2° Il semble logique, en bonne physiologie pathologique, de penser que :

« Ce qui domine le mode choréique, c'est une irritation des nerfs sensitifs (troncs nerveux et racines rachidiennes postérieures). L'excitation incessante, partie de ces foyers dolents centripètes, vient mettre en activité le centre, qui, comme toujours, réagit par voie centrifuge, d'où le mouvement choréique, en réponse à une excitation sensitive anormale. »

Et remontant à la cause efficiente, il dit :

« Pour faire une douleur provoquée des nerfs, il faut une fluxion de ces organes ; cette fluxion ne peut être qu'inflammatoire; aussi faut-il toujours, dans le passé le plus immédiat possible d'un sujet choréique, rechercher la maladie fébrile, aiguë ou subaiguë, rhumatismale ou autre, qui a pu faire la fluxion inflammatoire des nerfs. »

Telle est la théorie réflexe, théorie originale, qui a le mérite de reposer sur plus de 300 observations de l'auteur.

Remarquons en pensant que le terme de « maladie fébrile» est devenu presque synonyme du mot infection, et nous verrons que ce remarquable travail de pure clinique nous donne déjà la conception de la chorée infectieuse.

**Théorie infectieuse**. — A une époque où la bactériologie semble expliquer tant d'états morbides, il était naturel de chercher si, dans le cas particulier de la chorée, cette science trouverait son application.

« La vie est antiseptique », a dit Hunter, « elle est caracté-

risée par son pouvoir bactéricide ». Aussi, aujourd'hui, suffit-il de prononcer le mot infection, pour qu'une multitude de phénomènes, étroitement unis les uns aux autres, apparaissent à la pensée, toujours dominés par l'agent infectieux.

L'infection, en général, est caractérisée par la pénétration et le développement dans l'organisme vivant, d'un contage, animé aussi et dont les exigences vitales sont en opposition avec celles du premier. Il va donc y avoir lutte, et la lutte c'est la maladie infectieuse. Mais pour la chorée, deux théories se trouvent d'abord en présence. Nous allons en éliminer une pour insister davantage sur l'autre.

*Théorie microbienne spécifique.* — Pour certains auteurs, la chorée est une infection spécifique reconnaissant pour cause un microbe spécial.

Cette théorie est sans doute appelée à disparaître, car elle ne repose jusqu'ici que sur un fait que nous allons exposer en le résumant. Cette observation a pour auteur Pianese, et a paru dans la *Riforma Medica* du 14 juillet 1891. Il rapporte qu'ayant eu à pratiquer l'autopsie d'un sujet envoyé à l'amphithéâtre avec le diagnostic « forme grave de chorée vulgaire générale », il réussit à isoler de la moelle un microbe particulier en forme de bâtonnet droit, se cultivant aisément sur gélatine peptonisée. L'inoculation de la culture sous la dure-mère, dans la gaine du sciatique, dans la muqueuse nasale ou dans la chambre antérieure de l'œil aurait donné des résultats positifs. Les animaux inoculés deviennent d'abord apathiques, puis ils sont pris d'un tremblement léger, enfin de mouvements convulsifs à la suite desquels ils succombent. A l'autopsie de ces animaux, le bacille se rencontre exclusivement dans le système nerveux; les cellules nerveuses, celles des cornes antérieures de la moelle en

particulier, montrent une altération spéciale du protoplasma.

Les organes nerveux centraux permettent d'obtenir des cultures pures du même microbe qui a servi pour les inoculations. L'auteur en conclut que la chorée est de nature infectieuse spécifique.

*Théorie microbienne générale.* — Quoi qu'on puisse penser de l'observation de Pianese, les autres bactériologistes et cliniciens sont, en général, moins exclusifs et ne croient pas à l'existence d'un microbe spécifique se localisant sur le système nerveux. Cependant, ils ont examiné le sang dans le cours de l'affection.

Dans un cas de chorée sans rhumatisme, avec fièvre, Leredde a constaté la présence du staphylocoque blanc dans le sang. Triboullet a aussi examiné le sang dans plusieurs cas de chorée, avec ou sans rhumatisme, mais toujours avec fièvre. Il eut 4 résultats positifs et 4 négatifs. Les organismes trouvés étaient des staphylocoques blancs ou dorés. Pour lui, la chorée reconnaîtrait pour origine une septicémie banale, produisant ou non son action nocive, par l'intermédiaire d'une sécrétion de produits solubles, disséminables sur l'axe cérébro-spinal. Cette détermination sur le système nerveux serait commandée alors par la prédisposition névropathique du sujet.

La première partie de cette théorie semble démontrée, car on a trouvé la chorée à la suite d'une foule de maladies infectieuses. Ne pouvant citer tous les cas, nous en énumérons rapidement quelques-uns.

Rilliet et Barthez. — Chorée consécutive à la pneumonie, à la fièvre typhoïde, aux fièvres éruptives.

J. Simon. — (Diction.) « Il n'est pas rare de voir la chorée se développer à la suite de fièvres et de maladies aiguës. »

A l'étranger. — Chorée après la diphtérie; la malaria (4 cas), un cas de pyémie.

Despine et Picot. — Chorée après des infections diverses.

Descroizilles. — Chorée après la rougeole.

Alridge. — Chorées post scarlatineuses.

Saquet. — Chorée consécutive à diverses maladies infectieuses (Thèse Paris, 1885).

Nothnagel. — Chorée post typhique.

Strumpel. — (Pathologie). Chorée après infections diverses.

Triboullet. — Rôle possible de l'infection en chorée (Thèse Paris, 1893).

Ajoutons que la théorie infectieuse de la chorée est en honneur à l'Ecole de Lyon. Les thèses de MM. Belous (1888) et Crespin (1891) en font foi.

Sans doute, la théorie rhumatismale avait fait entrevoir cette origine infectieuse ; mais, au lieu de faire dominer toute la pathogénie des accidents par un élément inconnu et inconstant, le rhumatisme, l'interprétation moderne place le rhumatisme, la chorée et les endocardites sous une même raison étiologique qui domine tout : une septicémie. Mais, dira-t-on, il est quelques choréiques qui n'ont présenté aucune infection bien déterminée ! C'est possible. Cependant, en cherchant dans le passé de ces malades, on trouvera souvent une de ces infections nommées troubles digestifs, colite, malaise de croissance, dont les Traités de Pathologie ne contiennent pas trace, suivant la judicieuse remarque de Marie, mais dont regorge la clinique. Nous pensons qu'à un âge où l'organisme est débilité par la croissance, il y a là une cause possible d'infection.

# CHAPITRE II

## Historique de l'état mental dans la Chorée.

Il est difficile de faire exactement l'histoire du délire choréique, car la chorée elle-même a été longtemps mal définie, et c'est là, on le comprend, une source abondante d'erreurs. Les premières descriptions de cette maladie sont dues aux historiens plutôt qu'aux hommes de l'art; aussi, ont-elles perdu en exactitude et en précision ce qu'elles ont gagné en pittoresque.

Nous ne pouvons établir ici les rapports qui peuvent exister entre la choréomanie du moyen âge et la danse de Saint-Guy, telle qu'on la décrit de nos jours, mais nous pensons que l'étude de faits plus rapprochés de nous, pourrait montrer qu'il y a eu, entre ces deux névroses, des analogies nombreuses.

Dans l'épidémie d'hystéro-démonopathie, qui durait encore en 1865 dans le Chablais, M. le docteur Constans avait remarqué l'existence de mouvements saccadés choréiformes, et M. Chiara un hoquet avec mouvement alternatif de la tête en avant et en arrière. En 1860, on observait également, à

Morzines, la reproduction de scènes analogues à celles qu'on vit, au XIV^e^ siècle, dans les provinces rhénanes, et au XVIII^e^ siècle, dans le cimetière de Saint-Médard. Or, la chorée a dû jouer, au milieu de ces épidémies, un rôle qu'on ne doit pas exagérer, mais qu'il ne faut pas méconnaître.

Les formes délirantes de la chorée étaient rangées au XVI^e^ siècle parmi les vésanies ; puis, la maladie devint rare, et Schenck, Tulpius, Félix Plater, Horstius et Semmert ne purent en recueillir qu'un petit nombre d'exemples.

Schenck (de Fribourg) donne, le premier, l'histoire d'un moine atteint d'hallucination et de chorée gesticulatoire :

« Novimus monachum quemdam, qui cum absque febre deliraret et melancholia quœdam spectra sibi observari quereretur, quibusdam temporum intervallis, saltationibus ut tandem fessus repente decideret, et miras ageret gesticulationes. » (Lib. I, De Mania. Schenck).

Tulpius a parfaitement décrit une forme de chorée malléatoire, rangée aujourd'hui dans les chorées rythmiques. (Tulpius, *Observat. Médicæ*, Amsterdam 1685. Lib. I, cap. XVII).

Au commencement du XVIII^e^ siècle, Cullen signala des désordres intellectuels dans la chorée. « L'esprit y est souvent affecté de quelque degré de fatuité et offre fréquemment les mêmes émotions passagères, variées et déraisonnables, que l'on observe dans l'affection hystérique. »

A la fin de ce même siècle, Sauvages et Ewart mentionnèrent l'état mental de la chorée.

En 1810, Bouteille, dans sa monographie, constate l'existence des hallucinations, en cite un cas, et parle aussi d'un idiotisme léger, mais assez remarquable cependant pour effrayer les parents sur la nature et les suites de l'affection de leur jeune malade. C'est pour lui un des symptômes spécifiques de la chorée essentielle. La même année, Berndt,

en Allemagne, décrivait une variété de danse de Saint-Guy, accompagnée de délire maniaque, et qu'il appelait chorea insaniens.

De 1810 à 1840, la question semble oubliée. Seul, Delasiauve, dans le journal *L'Expérience*, parle de l'idiotie dans la chorée, de la diminution des facultés intellectuelles, souvent bornée à une hébétude plus apparente peut-être que réelle.

P. Franck, en 1842, note des troubles de la mémoire accompagnant la chorée, et J. Franck les cite également dans sa *Pathologie interne*. Dans son article Chorée, du *Dict. de Médecine*, en trente volumes, Blache fait remarquer que les malades deviennent susceptibles, capricieux, irascibles, et Piorry, dans son *Traité de médecine pratique*, parle même chez eux de démence et d'imbécillité.

Quant à G. Sée, dans son fameux Mémoire de 1850, il se borne à constater des signes de folie passagère avec abaissement de l'intelligence. Cinq ans plus tard, Moynier, dans sa thèse inaugurale, insiste sur les troubles intellectuels choréiques, ouvrant ainsi la voie à Marcé, dont le mémoire présenté en 1860, à l'Académie de médecine, fait époque dans la question qui nous occupe. Avec lui, l'étude du délire choréique va entrer dans une phase nouvelle ; mais malgré les nombreux travaux publiés depuis sur le même sujet, on lira toujours avec fruit l'œuvre du Maître que fut Marcé.

Continuer ainsi l'énumération de ces travaux, en les appréciant au passage, nous entraînerait trop loin et nous exposerait à des redites. Nous pensons qu'il vaut mieux réunir les auteurs modernes dans un tableau chronologique. Notre liste semblera peut-être fastidieuse, mais elle évitera de longues recherches à ceux qui voudraient remonter aux sources où nous avons nous-même puisé.

1861. Bergeron. — Chorée avec hallucinations (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1861).

1864. Fremy. — Chorée aiguë compliquée de délire maniaque (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1864, XXXVII).

1865. Thore. — De la chorée dans ses rapports avec l'aliénation mentale (*Ann. Médic. psychol.*, Paris, 1865).

1869. Delasiauve. — Du trouble mental dans la chorée (*Journal de Médecine*, Paris, 1869).

1873. Ritti. — Chorée, troubles mentaux, hallucinations multiples, guérison (*Union Médicale*, Paris, 1873).

1877. Charcot. — Chorée des vieillards (*Leçons de la Salpêtrière*, 1877).

1888. Rosaguiti. — De la folie choréique (Thèse Montpellier, 1888).

1890. Huet. — Chorée chronique de l'adulte, troubles psychiques et démence (Thèse Paris).

1890. Digoy. — Chorée avec troubles psychiques (Thèse Paris, 1890).

1890. Régis. — Note sur un cas de folie choréique (*Journal de Médecine de Bordeaux*).

1893. Joffroy. — De la folie choréique (*Semaine Médicale*, 1893).

1893. Triboullet. — Rôle possible de l'infection en chorée (Thèse Paris, 1893).

1893. Rigal. — Rapport médico-légal sur un cas de chorée à l'occasion duquel il a été intenté un acte de responsabilité civile (*Soc. de Méd. Lég. de Paris*, 1893).

Nous avons pu consulter tous ces ouvrages, sauf le dernier. On remarquera que nous avons laissé de côté les travaux étrangers. N'ayant pu nous en procurer que deux, nous les citerons plus loin, en temps voulu.

Nous aurions voulu pouvoir citer autre chose que des noms, et reproduire ici la description du délire d'après tous ces auteurs, mais cela nous eût entraîné trop loin. Il n'en résulte pas moins, de la lecture des nombreux ouvrages que nous avons consultés, un fait digne de remarque : c'est que, ceux-là même qui nient l'origine infectieuse de la chorée, reconnaissent à son délire, des caractères qu'on retrouve dans le délire des maladies où l'infection ne peut être méconnue.

Déjà Marcé, cet observateur sagace, rapprochait les psychoses choréiques de celles de l'hystérie ; mais quand son malade était exempt de toute tare héréditaire, il avouait son embarras, et parlait de délire nerveux.

D'autres sont venus, qui ont refusé de reconnaître un état mental choréique, mettant sur le compte de la dégénérescence tous les troubles mentaux, mais ils n'ont pu méconnaître l'existence des hallucinations, si frappantes dans la chorée, et qui peuvent aller de l'illusion la plus passagère au délire hallucinatoire le plus grave. En publiant, en 1890, une observation de chorée que nous reproduisons plus loin, M. le docteur Régis avait insisté sur l'importance de ces hallucinations, et avait montré qu'elles sont essentiellement différentes de celles qui se produisent chez les aliénés ordinaires, chez les vrais vésaniques. Le choréique, disait-il, agit bien plus à la façon d'un dormeur qui rêve que d'un aliéné qui délire; seulement c'est un rêve éveillé, un rêve en action.

Mais c'est en Allemagne que cette question de la chorée délirante devait être réellement mise au point. En 1892, Mœbius reprenait la question dans son ensemble et se proposait de soutenir les deux points suivants : l'origine infectieuse de la chorée, et la nature toxique de son délire. Voici, rapidement exposés, les arguments de Mœbius :

La chorée éclòt chez les individus sains, et nul n'est à l'abri de la chorée, à une certaine période de sa vie. Cette maladie se développe à la manière des maladies infectieuses; son évolution cyclique n'est pas celle d'une névrose. A un moment donné, les phénomènes généraux peuvent devenir extrêmement graves et la mort peut en résulter. Or, ce n'est pas là l'allure des névroses. Enfin, l'endocardite est fréquente dans la chorée, mais nous savons aujourd'hui que l'endocardite n'est pas liée exclusivement au rhumatisme et qu'elle peut être le reliquat, parfois redoutable, de plusieurs maladies infectieuses, sinon de toutes.

Etant une maladie infectieuse, la chorée, dit Mœbius, peut s'accompagner de troubles cérébraux. La psychose choréique est assez rare. Quand elle existe, c'est, comme dans tous les délires toxiques, un état rêveur qui se manifeste par la confusion des idées, la tendance aux illusions de plusieurs sens, aux idées délirantes et à l'excitation.

Si cependant le délire prend une autre allure, c'est que la chorée a été la cause occasionnelle de l'éclosion d'une forme quelconque de folie chez un dégénéré jeune. Il peut encore survenir chez ces individus des états hystériques et maniaques à mouvements choréiformes.

Nous allons maintenant aborder directement l'étude de de l'état mental choréique.

# CHAPITRE III

## Exposé de l'état mental choréique.

L'état mental de la chorée est complexe ; il est nécessaire, pour le bien étudier, de diviser cette étude en plusieurs parties correspondant elles-mêmes à des degrés différents dans l'intensité des symptômes présentés par les malades. Nous exposerons successivement l'état mental simple, puis les hallucinations, puis enfin le délire choréique.

I. Etat mental simple. — Nous comprendrons, sous ce nom, les modifications apportées par la maladie dans la sensibilité morale et le caractère de l'enfant. De nombreux auteurs ont méconnu ces phénomènes ; et pourtant ils existent, et les difficultés qu'ils apportent à l'éducation de certains enfants donnent à leur étude une réelle importance.

Pinel et Bouchut ne parlent pas de cet état mental ; de Niemeyer l'attribue à ce que les enfants sont irrités de n'être pas maîtres de leurs mouvements et Sturges rend responsables de cet état de chose les punitions imméritées que reçoivent les jeunes malades.

Marcé a parfaitement décrit leur état. « Chez la plupart des choréiques, dit-il, se rencontre cette mobilité nerveuse qui accompagne toutes les névroses ; les sujets sont impressionnables, faciles à émouvoir, leur sommeil est léger, ils ont des vertiges, des étouffements et quelques autres symptômes hystériformes... On peut observer, surtout chez les enfants, tantôt une gaîté insolite, un rire niais qui surviennent à propos des causes les plus futiles ; tantôt de la tristesse, de l'abattement, de la tendance aux pleurs, ou bien encore d'incessantes alternatives d'excitation et de dépression. En même temps, le caractère s'altère ; les enfants les plus souples, les plus dociles, deviennent irascibles, impatients, disputeurs ; ils mentent à tout propos et frappent ceux qui les approchent. Les adultes subissent, mais à un moindre degré, ces diverses transformations : on les voit devenir extravagants, bizarres dans leurs allures, incapables de supporter la moindre contradiction. »

Il existe aussi dans la chorée des troubles intellectuels, consistant surtout dans la diminution de la mémoire et de l'attention. Les sujets, même les plus intelligents, perdent le souvenir de ce qu'ils ont appris ; ils comprennent ce qu'on leur dit, mais l'oublient aussitôt, et cela surtout au réveil, car le soir la mémoire reprend encore quelque énergie. Berndt a résumé tous ces troubles en quelques mots : « morositas timiditas, solitudinis amor, tristitia, anxitas. »

La mobilité d'esprit des choréiques a été souvent notée ; on dirait, dit Rosaguiti, qu'il règne dans certaines régions de leur intelligence la même incoordination que dans les sphères de la motilité. Il existe une hyperesthésie morale coïncidant avec une hyperesthésie de la peau, sur laquelle Meyer a appelé l'attention. Bouteille avait remarqué déjà ce caractère inégal, et Andral les considère comme des mala-

des susceptibles, capricieux, irascibles, pleurant à la moindre émotion. « Ces enfants, dit Ball, baissent rapidement parmi leurs camarades, et tombent au dernier rang... ils se trouvent alors dans un état d'hébétude et d'engourdissement, qui les rend presque semblables à des idiots. » Ils ne peuvent fixer leur attention sur un point donné sans en éprouver un violent malaise ; leur regard a perdu de sa précision et de son intelligence, et leur physionomie ne s'anime plus quand on les interroge. Mais c'est là un degré avancé et relativement rare ; le plus souvent il ne s'agit que des phénomènes moins graves que nous avons signalés plus haut : quelques observations pourront les mettre en évidence.

---

Observation I (Th. de Breton, p. 19).

(Recueillie dans le service du Dr Cadet de Gassicourt.)

Enfant de treize ans, entré le 22 octobre 1890. Chorée depuis huit jours, due peut-être à une croissance hâtive.

*Antécédents héréditaires.* — Père rhumatisant, mort de congestion cérébrale. Mère rhumatisante et névralgique. Un frère du malade mort de méningite ; les deux autres frères bien portants.

*Antécédents personnels.* — Rougeole à quatre ans. Scarlatine ensuite. Pendant cet été, douleurs rhumatoïdes dans les jambes.

Modifications du caractère, précédant la chorée de un mois. Elles sont très accusées quand éclate la maladie. Elles consistent en une impressionnabilité considérable. L'enfant pleure ou rit sans cause, passant sans transition des larmes au rire sans motif plausible.

Observation II (Th. de Breton, p. 21).

*Chorée précédée de troubles notables dans le caractère et les sentiments affectifs.*

Eugénie M..., neuf ans entrée le 16 juillet 1891, salle Blache, nº 28, service du docteur Cadet de Gassicourt, à Trousseau.

*Antécédents héréditaires.* — Père alcoolique, caractère emporté, a eu une seule atteinte de rhumatisme. Mère très colérique, pas rhumatisante, a eu 6 enfants : 3 sont morts, 2 de convulsions, le troisième de la coqueluche. Grands parents maternels bien portants et non rhumatisants.

*Antécédents personnels.* — Née à terme, élevée au sein, n'a marché qu'à quinze mois. Rougeole à sept ans, coqueluche à huit ans. Chorée débute sans cause il y a quinze jours, et s'aggrave depuis quatre jours. Caractère change depuis trois mois, devient mauvais et méchant. L'enfant est boudeuse, répond quand on la réprimande ; triste, morose, refuse de jouer, perd son entrain. Sentiments affectifs disparaissent pour ses frères et sœurs. Elle les repousse, les rudoie, même les bat et abuse de son âge pour les brutaliser. Avant la chorée, elle était douce, gentille, aimant ses frères.

Ces désordres psychiques augmentent au fur et à mesure que la chorée approche. Quand elle a disparu, ils semblent s'atténuer, mais persistent encore. La parole est embarrassée depuis quatre ou cinq jours par une chorée linguale. Sensibilité et réflexes normaux. Chorée irienne accusée.

Observation III (Obs. 22 de Breton).

Lydie A..., quinze ans. Entrée le 7 décembre 1891, salle Blache nº 30, service du docteur Cadet de Gassicourt, à Trousseau.

*Antécédents héréditaires.* — Père, rien à noter. Grand-père paternel, rien. Grand'mère paternelle, rhumatisme chronique. Grand-père paternel, rien. Grand'mère maternelle, morte subitement. Mère, rien, a eu neuf enfants, deux fausses couches. La malade est le sixième enfant.

*Antécédents personnels.* — Née à terme, élevée au sein, a marché à huit mois et demi. La première dentition a commencé à quatre mois, rougeole et coqueluche à deux ans. L'enfants a eu sept atteintes de chorée. La première remonte à sept ans, et fut causée par la peur.

L'enfant a failli être saisie par une courroie de transmission à l'atelier où elle travaillait. Chaque atteinte de chorée a été plus forte que la précédente, et celle-ci est la plus accusée.

A son entrée, chorée généralisée et très intense. Troubles psychiques. Caractère devenu méchant, grognon, insupportable. Enfant indocile, obéit avec peine, ne reçoit plus les réprimandes, très surexcitable et très émotive. Pleure ou rit sans cause. Sujette à des idées noires, à des moments de profonde tristesse. Tous ces troubles datent du début de la chorée et se sont accentués avec elle.

Le 25 octobre, la malade quitte le service. La chorée persiste un peu. L'enfant est plutôt triste, peu expansive, mais plus docile, sans toutefois être redevenue ce qu'elle était avant la chorée.

### Observation IV (Obs. XXV de Breton).

*Chorée. — Modification du caractère. — Cauchemars.*

Jeanne Dub..., onze ans, entrée le 6 octobre 1891, salle Blache, n° 4, service du docteur Cadet de Gassicourt, à Trousseau.

*Antécédents héréditaires.* — Nuls pour les grands parents. Père mort tuberculeux. Mère hystérique, a eu six enfants dont quatre mort-nés. Pas de rhumatisme.

*Antécédents personnels.* — Née à terme, élevée au sein, a marché à onze mois, a parlé à quatorze mois, sujette aux bronchites, rougeole à trois ans, à la suite, apparition d'une tumeur blanche du genou gauche, pas de rhumatisme. La première atteinte de chorée, il y a quatre ans, dure trois mois, surtout du côté gauche. La deuxième atteinte, même durée, même accentuation à gauche. En 1890, la troisième atteinte dure quatre mois, plus marquée encore à gauche. Enfin, quatrième atteinte actuelle depuis trois semaines.

Depuis la dernière rechute, l'enfant est devenue facilement irritable, riant ou pleurant facilement sans motif. Ne joue plus comme d'ordinaire, n'a plus d'entrain, délaisse ses petites camarades, se plaît seule, triste et maussade. Sommeil mauvais, agité de cauchemars, rêves pénibles. Nous quittons la malade le 31 décembre. La chorée est à peu près guérie. L'état mental, qui a marché de pair avec elle, est à peu de chose près redevenu normal.

Ainsi, le choréique éprouve, dans l'exercice général de sa pensée, des troubles variés. La sensibilité morale est atteinte; l'intelligence est à ce point obscurcie, qu'on peut constater chez lui, suivant Ziemssen, une incapacité absolue de penser. C'est souvent un individu sans équilibre d'esprit, hébété et engourdi, presque semblable dans les cas extrêmes à un idiot. C'est toujours un être d'état mental inférieur, oublieux et inattentif, dont l'agitation physique semble être le reflet des désordres intellectuels.

II. Hallucinations. — Au-dessus de cet état mental existent des troubles psychiques plus graves : les premiers, et les plus nombreux, sont constitués par des hallucinations. Elles peuvent exister soit seules, soit associées à d'autres troubles cérébraux. Marcé faisait déjà remarquer dans son mémoire

que les hallucinations de la vue sont de beaucoup les plus fréquentes, et sa remarque était fort judicieuse. En effet, nous ne possédons que quatre cas d'hallucinations du tact : celles de l'ouïe, sont aussi très rares, contrairement à ce qui se produit dans la folie vésanique où elles dominent. Disons dès maintenant que la disparition des hallucinations est un symptôme favorable dans la chorée, mais que leur excitation, au contraire, conduit au délire maniaque dont nous nous occuperons dans le chapitre suivant.

Les hallucinations choréiques diffèrent d'une notable manière de celles qu'on observe chez l'immense majorité des aliénés; elles surviennent non pendant l'état deveille, mais dans cet état intermédiaire à la veille et au sommeil dont l'influence est connue. Elles peuvent aussi se produire le matin au moment du réveil, et pendant le jour, quand le malade ferme les yeux : mais elles sont plus fréquentes le soir, et elles peuvent alors se prolonger pendant l'état de rêve, et cela même chez des sujets qui, à l'état normal, rêvaient fort peu. Ces visions sont généralement terrifiantes : les malades voient autour d'eux des fantômes, des figures fantastiques, des croix, des cercueils, des cimetières, ou encore des animaux qui grimpent sur leur lit, se cachent dans les rideaux et reparaissent un instant après.

« Dans certains cas, dit Marcé, ce sont au contraire des figures amies, des parents, qui sont le sujet de ces visions, mais ils apparaissent très malades, à l'agonie, ou dans mille positions pénibles. Lorsque la chorée a éclaté à la suite d'une vive frayeur, souvent l'objet qui a si vivement frappé l'attention détermine la nature de l'hallucination.

» Lorsque les malades ouvrent les yeux, les visions persistent pendant quelque temps encore, et souvent, en changeant de forme et d'aspect, puis elles finissent par disparaître,

et reviennent de nouveau dès que les paupières s'abaissent, pour se reproduire sous forme de rêves, même au milieu d'un profond sommeil. Il en résulte pour les choréiques beaucoup d'inquiétude et d'angoisse ; ils s'endorment avec peine et éprouvent alors un vif sentiment de terreur qui se traduit par des cris, de l'agitation, etc. Lorsque c'est pendant le rêve que ces hallucinations surviennent, on voit ces réveils en sursaut, ces cris, ces cauchemars observés depuis longtemps chez les choréiques, mais dont on n'avait pas encore suffisamment cherché le point de départ. »

Un fait important à noter, c'est que les malades voient les objets et les personnes distinctement, comme s'ils étaient réellement devant eux, et c'est avec beaucoup de peine qu'on peut leur démontrer l'inanité de toutes ces visions. Ajoutons que ces hallucinations, qui apparaissent la plupart du temps au moment où la maladie convulsive est à son paroxysme, peuvent persister pendant trois et quatre mois, récidivant chaque soir avec la même intensité.

Quelques observations vont mettre en lumière les faits que nous venons d'énoncer. Elles se rapportent à la fois aux hallucinations et au délire choréiques qui coexistent souvent. L'une d'elles, observée et recueillie par M. le docteur Régis, est absolument typique ; elle confirme en tous points la description magistrale de Marcé.

### Observation

(Recueillie par L. Duchesne, interne des hôpitaux)

*Chorée avec hallucinations.*

Léon G..., âgé de treize ans, entre le 26 novembre 1860 à l'hôpital

Sainte-Eugénie, salle Saint-Joseph, 20, service de M. le docteur Bergeron.

Cet enfant, qui a déjà été dans le même service, il y a quelque temps, pour une fièvre typhoïde, est allé passer six semaines à la maison de convalescence de la Roche-Guyon.

Pendant son séjour dans cette maison, rien de particulier. Il revient dans un état de santé aussi satisfaisant que possible. Le lendemain de son arrivée, sa patronne remarqua, dit-elle, quelques légers mouvements convulsifs dans les membres.

Le 28, à neuf heures et demie du matin, les accidents augmentèrent. L'enfant portait brusquement sa main droite à son menton, le frappait avec violence, et répétait sans cesse : « Na ». Il avait parfaitement conscience de tout ce qui se passait autour de lui, mais se plaignait de ce que ses camarades se moquaient de lui. A une heure et demie, il fut pris de délire, et tenait des propos incohérents. A quatre heures, sa chorée persiste avec la même intensité; il est furieux, ne peut rester en repos sur sa chaise. Il veut chasser quelqu'un; il lui enjoint de s'éloigner au plus vite. Sa figure est congestionnée, couverte de sueur. Du reste, apyrexie complète. Il répond avec intelligence, mais par saccade, aux questions que nous lui posons.

Cet état d'excitation diminue un peu vers cinq heures, sans cependant cesser d'être aussi caractéristique.

Mes collègues, auxquels je montre ce malade, sont de mon avis quant au diagnostic et au traitement. Je prescris donc immédiatement une douche en pluie. L'enfant, entrant dans la salle de bains, un peu obscure, éprouve un sentiment de frayeur; il ne veut pas avancer. Quelques instants plus tard, le bruit de l'eau qui s'échappe du robinet lui cause un certain émoi. Il ne se soumet qu'avec beaucoup de peine à recevoir la douche. Sa respiration est haletante; il croit qu'on va lui faire du mal, dit-il. Néanmoins, on lui donne une douche en pluie d'une minute et demie.

Aussitôt après, les mouvements désordonnés que présentait l'en-

fant cessent complètement, sauf encore un peu de chorée des muscles du pharynx qui persiste. Mais, revenu à la salle, tout disparaît.

Le 29, l'enfant est extrêmement calme, mais prononce encore à de rares intervalles « na » ; quelques légers mouvements choréiques dans les membres.

A dix heures du matin, douche en pluie d'une minute et demie.

Le malade se trouve très bien toute la journée ; seulement le soir, à cinq heures, il éprouve un peu de difficulté à avaler.

Le 30, encore quelques mouvements très légers et très rares dans la tête. On n'en observe pas dans les membres. Douche d'une minute et demie.

Le 1er décembre, même état. On suspend les douches.

Le 2, l'enfant est très calme. Bain tiède.

Le 3, les mouvements ont entièrement cessé.

La guérison se maintient les jours suivants.

### Observation

(Recueillie dans le service de M. Fremy, Hôpital Beaujon.)

*Chorée aiguë compliquée de délire maniaque. — Mort.*

X..., âgé de dix-neuf ans, marbrier, entre le 9 mai 1864, à neuf heures du matin et est couché au n° 55 de la salle Beaujon. Vu au moment de son entrée à l'hôpital, il oppose une grande résistance et se débat entre les bras de ceux qui l'accompagnent, en même temps que son corps est animé d'un tremblement convulsif.

Son père raconte qu'il n'est malade que depuis trois jours ; qu'il a eu des frissons, un mal de gorge pendant deux jours : au bout de ce temps, des mouvements convulsifs ont apparu dans les membres supérieur et inférieur du côté droit, mais surtout localisés à la main

et au pied. Un délire furieux est survenu presque aussitôt, le malade voulait absolument sortir, criait, et brisait tout dans la maison. Il n'a eu ni vomissements ni constipation.

D'après les renseignements recueillis, X... était bien portant auparavant. Il n'a eu ni rhumatisme ni mouvements choréiques dans son enfance; seulement son intelligence a toujours été bornée; il est incapable de lire et d'écrire, se met en colère et s'enivre fréquemment. Il serait surtout irritable depuis l'âge de six ans, époque à laquelle il aurait eu une grande frayeur. Il n'y a pas d'aliénation mentale dans la famille. Le père avait autrefois des habitudes d'ivrognerie. La mère est bien portante; tous deux paraissent peu intelligents. Ils ont eu quatre enfants dont X... est le dernier. Les trois autres sont en bonne santé et ne présentent rien de particulier dans le caractère.

On parvient, non sans peine, à mettre le malade au lit, mais alors l'agitation redouble. Il veut se lever et retourner chez lui, et on est obligé de le tenir pour l'en empêcher. Voyant son père pleurer, il éclate en sanglots. On cherche alors à le rassurer en lui promettant sa guérison prochaine. Ses yeux sont hagards. Le malade prononce des phrases sans suite, et se plaint de céphalalgie frontale : on l'engage à boire un peu d'eau; il a une certaine peine à saisir le verre, refuse de boire; il finit cependant par s'y décider; mais au moment de la déglutition, il s'arrête de nouveau, comme s'il y avait répugnance de sa part, et prêt à lâcher le verre qu'il tient à la main si on ne le lui avait pris immédiatement.

M. Fremy le fait conduire à la douche froide, ce qui ne se fait qu'avec difficulté. Potion avec 1 gramme de chloroforme. Lavement avec : décoction de valériane 250 grammes; assa fœtida 10 grammes; camphre 10 grammes.

Au sortir de la douche, l'agitation continue, et on est obligé de lui mettre la camisole pour l'empêcher de se lever. Indépendamment des mouvements signalés à la main et au pied droits, la cuisse gauche en présente aussi, mais très peu marqués. La langue, les yeux, les mus-

cles de la face sont un peu agités; la déglutition est difficile, mais la parole est libre.

Dans la journée on peut constater, si l'on abandonne le malade à lui-même, de véritables paroxysmes, dans lesquels les mouvements choréiques augmentent d'intensité ainsi que l'état maniaque ; si on paraît s'occuper du malade, l'agitation redouble.

Il existe aussi des hallucinations de la vue et de l'ouïe, qui portent principalement sur ce qui l'a préoccupé en dernier lieu : son père, qu'il croit voir dans l'infirmier de service qui lui parle, qu'il entend, ses camarades qui lui répondent et avec lesquels il se dispute, même des fantômes et des animaux qui le poursuivent et l'effrayent.

Il est difficile d'attirer son attention, et lorsqu'on y parvient, il accuse de la céphalalgie et retombe aussitôt dans ses idées incohérentes. Vers le soir, on lui fait prendre une potion au chlorhydrate de morphine. Il y a alors un peu de rémission; mais dans la nuit, l'agitation reparaît. Les yeux sont hagards, les joues rouges, les lèvres et la langue sèches et déchirées par les dents; il y a une expuition fréquente de salive mousseuse. La soif est vive, mais le malade ne boit que sa tisane. Il refuse la potion, disant qu'on veut l'empoisonner.

Le lendemain 10 mai, l'état est le même. Pas de fièvre.

Une seconde douche est administrée. Potion avec 0 gr. 40 d'extrait thébaïque.

Un peu de calme succède à ces moyens. Le malade meurt subitement à deux heures de l'après-midi. A l'autopsie, congestion de la substance grise de l'encéphale. Rien de particulier par ailleurs.

### Observation

(Communiquée par M. le Dr Régis.)

*Folie choréique pubère avec hallucinations.*

Paul B..., collégien, âgé de quinze ans, est admis dans la Maison de

Santé, le 2 mars 1888. Il présente tous les symptômes d'une folie choréique à forme lypémaniaque avec délire triste, hallucinations, mutisme, demi-stupeur et tendance au suicide. Ses mouvements convulsifs, bien que prédominant dans le côté droit, s'étendent à tout le corps; sa faiblesse est si grande qu'il peut à peine se tenir debout.

Il n'existe aucun antécédent vésanique ou névropathique dans sa famille. Mais sa mère et ses deux sœurs sont mortes de la poitrine. Un de ses frères et lui-même sont d'une santé délicate. Il n'a pas eu, cependant, de maladies graves dans son enfance et n'a jamais été atteint, en particulier, de rhumatisme.

C'est au moment de la puberté et sous l'influence de l'anémie profonde déterminée chez lui par une croissance trop rapide qu'il a été pris de chorée. Les mouvements convulsifs ont commencé dans les premiers jours de janvier et se sont tout d'abord exclusivement localisés dans le côté droit. Ils s'accompagnaient de douleurs très vives dans le dos et les membres, d'étourdissements, d'éblouissements, de palpitations du cœur, de défaillances et de sueurs froides. Peu à peu, les mouvements s'étendirent et s'accusèrent de telle sorte qu'au bout de quinze jours le malade quitta le collège et dut être rendu à sa famille. Déjà l'intelligence était devenue obtuse, le caractère s'était altéré; il y avait de l'agitation nerveuse compliquée de frayeurs et de crainte de mort subite. C'est surtout au moment du sommeil, dans la période dite *hypnagogique*, que se produisaient les terreurs. Il fallait au malade une veilleuse la nuit. « Avant de pouvoir m'endormir, écrit-il, mon imagination travaillait, le moindre petit bruit me faisait frissonner. Je restais ainsi quelquefois trois heures, étendu sur le dos, m'efforçant de penser à autre chose. A la lueur vacillante de la veilleuse, je voyais s'allonger des ombres de figure humaine, je les voyais grandir, s'avancer vers moi. Je commençais à suer, je sentais l'oppression me gagner; les battements de cœur devenaient tellement forts qu'on les entendait dans la chambre distinctement. Je restais ainsi éveillé, pendant que tout était endormi dans la maison, dans cet état

qui durait jusqu'à ce que le sommeil vînt appesantir mes paupières; alors j'éteignais la bougie et m'endormais vers une heure ou deux du matin. »

C'est sur ces entrefaites et dans ces conditions que le malade apprit la mort, aux colonies, d'un de ses frères. Brusquement, son état mental s'aggrava pendant qu'au contraire les mouvements convulsifs s'atténuaient, et un véritable accès de lypémanie survint, avec redoublement des hallucinations existantes, hébétude, refus de nourriture, crises subites de violence et propension marquée au suicide. On dut nous l'amener en hâte pour l'empêcher de se tuer ou de mourir d'inanition.

Le malade fut alimenté pendant quelques jours à l'aide de la sonde œsophagienne, puis il consentit à manger, non sans continuer à faire des résistances. En même temps, on le soumit à un régime et à un traitement essentiellement toniques (ferrugineux, amers, hydrothérapie, etc.)

L'amélioration survint rapidement. Elle porta d'abord sur les mouvements convulsifs qui, au mois de mai, avaient à peu près entièrement disparu, puis sur l'état des forces qui s'accrurent d'une façon progressive, enfin, mais beaucoup plus lentement, sur l'état mental.

Vers la fin de juin, le malade était assez bien pour se souvenir des péripéties de sa crise, les apprécier, et m'en faire le récit. Il sortit entièrement rétabli le 7 juillet, après quatre mois de séjour dans la Maison de Santé. J'ai eu de ses nouvelles il y a quelques mois et j'ai su que la guérison s'était maintenue et consolidée.

Voici maintenant un extrait du récit du malade. Il constitue, comme on va le voir, un document des plus curieux.

Ces hallucinations, que j'attribue à la peur, commencèrent après mon départ du collège, alors que je dormais seul dans ma chambre. Je voyais les rideaux de mon lit remuer sans que personne ne les touchât et, chose étrange ! des silhouettes s'allonger sur ces rideaux; ces

silhouettes semblaient grandir, grandir... La lueur pâle et vacillante de la veilleuse ajoutait encore à cela quelque chose de sinistre. Quelquefois j'entendais des voix qui me parlaient et me disaient toutes sortes de choses.

Mais la plus terrible hallucination est celle que j'ai eue dans la nuit du 18 mars. Vers onze heures du soir, je crus entendre au-dessus du toit des coups de revolver périodiques et qui éclataient aussitôt après le commandement : Un..., deux..., trois... Et à chaque coup de revolver je croyais entendre comme la chute d'un corps dans la chambre. J'avais les yeux grands ouverts, et ce ne pouvait être un rêve..., ni une hallucination..., ni une vision. Quoi donc ? Encore moins la réalité. C'est tellement embrouillé que je ne peux très bien raconter cette hallucination. Il me semblait donc que tous mes parents se tuaient entre eux, se battaient à coup de revolver. Enfin, quand le dernier fut tombé, Charles demanda où était celui qui commandait ainsi le signal : un..., deux..., trois..., des coups de revolver. « Devant toi, disait une autre voix qui me semblait être celle de ma tante; tu ne le vois donc pas cet enfant qui te nargue et qui rit encore » (je ne riais pas, au contraire, je tremblais comme une feuille, j'avais la chair de poule et en même temps je me sentais prêt à pleurer, croyant réellement que c'était vrai). Ensuite une voix s'adressant à moi me parla ainsi « Ah ! Paul, tu es sans cœur, alors ? Tu laisses tuer tes parents plutôt que de te faire voir. Mais le bon Dieu te punit. Vois ! nous allons tous défiler devant toi pour que nous te maudissions, ensuite on nous emportera et tu ne nous reverras plus jamais, jamais..., pas même au ciel, puisque toi tu seras en enfer. » Alors, chose effrayante, je commençai à voir défiler mes parents. Ceux qui avaient la tempe droite percée passaient à gauche de mon lit et ceux qui étaient frappés à la tempe gauche m'apparaissaient à droite du lit. Et je me demandais comment ces personnes faisaient pour se tenir là, quand il n'y avait qu'un espace de deux mains entre la cloison et moi. Le premier que je vis fut un de mes oncles. Horreur ! sa tempe droite était percée

de deux coups de revolver; je voyais très bien sa figure vivante, avec ce trou saignant. Il se pencha sur moi et me regarda fixement, ses yeux flamboyants de colère. Il me dit ces mots : « Assassin ! Est-ce bien le fils de mon frère, ce neveu que j'ai tant aimé, qui laisse ainsi tuer tous ses parents ? Oh ! malheureux, me reconnais-tu ? » Puis il passa, cédant la place à une autre, ma tante, qui disparut elle-même ensuite, puis ses enfants, ensuite une autre tante, puis mon cousin Louis aussi, puis les fidèles servantes. Chaque ombre qui paraissait me lançait soit un reproche triste, soit une malédiction; quelques-uns, ceux qui ne voulaient parler, se contentaient de se pencher sur moi et de me regarder quelques secondes. A droite également, c'était la même chose. Enfin apparut ma sœur, suivie de mes deux frères. L'un d'eux me dit : « Paul, tu nous reconnais à présent ? C'est donc ainsi que tu nous a récompensés, nous qui t'avons tant aimé ! Que diraient papa et maman ? Et ton oncle qui aimait tant son filleul ? Avant de te quitter, nous allons tous te maudire, ingrat. Tous nos autres parents qui sont morts, papa, maman, nos grands-pères, nos grand'mères, tous sont sortis de leur tombe et viennent te maudire; (et s'adressant aux autres) serrons-nous un peu pour leur faire place. » Alors je vis au moins soixante ou quatre vingts personnes, la moitié mortes depuis le choléra de 1865, défiler à mes yeux; je vis deux rangées de bras tendus pour me maudire et tous disant : « Qu'il soit maudit ! et laissons-le, voici à gauche l'enfer qui s'ouvre déjà pour lui. » Alors (c'est étrange une hallucination !), à gauche, en effet, je vis ou je crus voir une lueur rouge, ardente, se creusant comme un entonnoir. Et tous mes parents rentrant dans leurs tombeaux. C'était affreux; j'étais presque évanoui de frayeur; mes cheveux se hérissaient tout raides sur ma tête et une sueur froide me coulait à grosses gouttes; mes dents s'entre-choquaient. Tout d'un coup, je crus être lancé dans une tombe; j'étais cependant dans mon lit. J'étais transporté dans un cimetière, celui de mes parents, aux colonies. Ne pouvant sortir, à chaque mouvement que je faisais je croyais briser un cercueil ver-

moulu. Bientôt, il me sembla être dans un caveau..., je crus heurter des os de mort..., une tête de mort, et, chose épouvantable, être muré vivant et je remuais des morceaux de plâtre. Cette terrible hallucination se renouvela pendant quatre ou cinq soirs, avec différents changements; c'est la plus affreuse que j'ai jamais eue.

Dans la journée, je croyais à tout instant entendre parler le bon Dieu et être entouré de démons. Je prenais mes parents pour des démons, je voyais des cornes pousser sur leurs fronts. J'en entendis même un qui disait à l'autre : « Il a oublié Dieu, tant mieux ! Il ne peut plus nous échapper. Au premier coup de minuit, nous lui donnerons chacun un coup de fourche; puis nous l'emporterons, après l'avoir forcé à cracher sur la croix. » Je croyais aussi voir au fond du verre, quand je buvais, deux petits yeux flamboyants comme des charbons ardents et ce mot : « damné ! ».

III. Folie choréique. — Il peut arriver, dans les cas graves de chorée, que les hallucinations, d'abord rares, deviennent nombreuses, se prolongent et ne représentent alors que le début du délire hallucinatoire aigu ou de l'état maniaque, qui va caractériser l'état de mal choréique à issue mortelle.

Ce délire peut survenir à des périodes très diverses. Parfois, il apparaît, dès le début de la chorée et avec une telle violence, qu'il attire d'abord l'attention du médecin. Dans d'autres cas, beaucoup plus nombreux, le délire ne vient compliquer la chorée qu'au bout de huit, dix, quinze jours et même plus tard. « On voit alors, dit Marcé, les mouvements convulsifs augmenter chaque jour d'étendue et d'intensité; le pouls s'anime et devient fébrile, la sensibilité s'exalte, les idées sont confuses et incohérentes; les hallucinations redoublent de fréquence et se présentent même pendant le jour, alors qu'au début de la maladie on ne les observait que

dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil ; en dernier lieu, l'agitation maniaque vient se joindre aux mouvements convulsifs de la chorée. » Il ne saurait être question, bien entendu, du délire qui ne se développe que peu d'heures avant la mort, symptôme terminal bien différent du délire qui, par lui-même, donne à la chorée un aspect et un pronostic spéciaux.

La folie choréique peut se présenter sous deux formes : la forme maniaque et la forme mélancolique.

Au premier degré, c'est une excitation maniaque, vive, énergique, caractérisée par de l'incohérence et de l'automatisme. On ne constate pas, comme dans la manie vraie, de tendance à la systématisation. L'idéation est un chaos contradictoire, où les idées semblent s'égarer sans association. A un degré plus avancé, c'est la manie choréique proprement dite avec délire presque continu. Tantôt les malades, au milieu d'une agitation effrayante, poussent des cris rauques et inarticulés et laissent échapper des paroles sans suite ; tantôt reparaît le caractère franchement hallucinatoire que nous avons déjà observé. Les hallucinations sont le point de départ du délire. Suivant la remarque de Marcé, les malades en proie à leurs visions, se rendent d'abord très bien compte de la nature des impressions qu'ils éprouvent ; puis, peu à peu, les visions et les voix les obsèdent, leur conviction finit par être ébranlée, toutes leurs facultés intellectuelles s'exaltent et le délire éclate, entretenu et surexcité à chaque instant par de nouvelles hallucinations, autour desquelles viennent se grouper de nouvelles idées délirantes. La forme mélancolique se traduit tantôt par un accès de mélancolie délirante, qui vient se greffer sur des hallucinations déjà existantes et par conséquent s'accompagne d'idées de persécution et d'empoisonnement, d'anxiété, de tendance à la

sitiophobie et au suicide, tantôt par un accès de mélancolie stupide, avec hébétude profonde, accès de pleurs, immobilité, terreurs et amnésie.

Ajoutons que la mélancolie est assez rare dans la chorée aiguë. Elle se rencontre surtout dans les chorées chroniques, ce qui s'explique par l'état misérable auquel sont réduits ces malades, pour qui les conditions de l'existence deviennent un supplice de chaque jour.

IV. Démence choréique. — La démence n'existe pas, en réalité, dans la chorée aiguë de Sydenham, ou, si elle existe, elle est si rare qu'on peut la passer sous silence. C'est surtout dans les chorées chroniques que s'observe la démence. Désirant limiter notre travail aux phénomènes mentaux de la chorée aiguë, nous n'insisterons pas sur ce trouble de nature spéciale ; il suffira de l'indiquer.

# CHAPITRE IV

## Infection, Intoxication et Pathologie nerveuse.

Nous venons d'exposer, en les divisant, les troubles nerveux de la chorée aiguë ; nous allons essayer maintenant d'analyser leurs principaux caractères, et de montrer qu'ils sont identiques aux délires toxiques et infectieux.

Marcé avait déjà remarqué que les hallucinations de la vue, survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, n'existaient pas seulement dans la chorée. Il avait rencontré des hallucinations de même nature dans beaucoup d'autres états morbides, et particulièrement dans l'hystérie, où elles sont assez communes. D'ailleurs, sur 12 choréiques ayant offert des hallucinations de la vue, il en était 8 qui, outre la chorée, avaient présenté des spasmes, des étouffements, parfois même des convulsions cloniques avec sanglots, jactitation, mouvements de projection du bassin, en un mot tous les symptômes de l'hystérie. Cette constatation porte Marcé à se demander si, dans les cas de ce genre, les hallucinations de la vue doivent être uniquement rapportées

à l'hystérie, et il conclut par la négative, car, dit-il, nous possédons un certain nombre de cas de chorée pure dans lesquels les hallucinations ont débuté avec la maladie et ont disparu avec elle, chez des sujets qui n'avaient jamais rien présenté de semblable. Mais cet esprit si judicieux s'est arrêté là dans ses déductions.

Il n'a pas remarqué que les hallucinations et le délire alcooliques n'étaient que la répétition de ce qui se passe dans l'hystérie et la chorée, et que tous ces délires avaient une cause commune, une intoxication. Il était peut-être difficile, à l'époque de Marcé, de pousser jusque-là la série de ces déductions. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Nous pensons que les maladies jouent le rôle infectieux, et que l'hérédité névropathique détermine leur localisation. Nous croyons encore que « rien n'est plus héréditaire que le système nerveux », mais il nous paraît évident aussi, que sous l'influence d'une infection assez forte, le système nerveux le plus sain peut être atteint gravement.

L'infection a aujourd'hui droit de cité dans la pathologie nerveuse, et son importance tend à augmenter chaque jour.

L'expérimentation a montré l'action des microbes et de leurs toxines sur le système nerveux, en produisant soit des paralysies, soit des convulsions.

Bouchard a obtenu des paralysies en injectant à des lapins de l'urine provenant d'autres lapins atteints de la maladie pyocyanique ; Roux et Yersin sont arrivés à des résultats analogues avec l'urine de diphtéritiques. On a aussi obtenu des convulsions par l'injection brusque d'une certaine quantité de culture stérilisée de plusieurs germes.

De même l'injection de culture de bacille pyocyanique a

pu provoquer des secousses musculaires violentes. Ces mêmes cultures, introduites à doses fractionnées et répétées, font naître dans certains cas une paralysie spasmodique siégeant habituellement sur les membres postérieurs, et s'accompagnant d'inertie vésicale, d'augmentation des réflexes, de douleur à la traction.

« Voilà, dit Grasset, qui prouve l'action directe, expérimentale des agents infectieux sur le système nerveux, sans passer par un état psychique intermédiaire. On voit, passant à la clinique, toutes les actions pathogéniques que l'on est en droit d'attribuer à l'infection dans la neuro-pathologie tout entière ». Et les exemples abondent : nous les résumerons brièvement.

Le rôle du bacille tuberculeux et du pneumocoque dans les méningites est bien connu ; et l'encéphalite est une généralisation de streptocoques ou de staphylocoques. La paralysie spasmodique de l'enfance s'observe après la rougeole, la scarlatine et la coqueluche, suivant la remarque de Marie.

La paralysie atrophique spinale de l'enfance est le résultat d'une infection. Elle a une marche cyclique, quant au processus fébrile, qui tombe à l'apparition des paralysies, comme dans une fièvre éruptive la fièvre tombe quand paraît l'éruption. Enfin, elle est parfois épidémique.

La myélite diffuse aiguë succède à des infections diverses.

Quant à la sclérose en plaques, les faits se sont accumulés à un tel point, pour établir sa nature infectieuse, que Marie a pu conclure « qu'elle est simplement la localisation médullo-encéphalique de la détermination vasculaire, de maladies générales diverses qui semblent constamment de nature infectieuse ». Ajoutons que la paralysie générale, rapportée si longtemps à la syphilis seule, voit s'élargir aujourd'hui le

cadre de son étiologie, et qu'elle semble pouvoir être engendrée par diverses infections.

Mais, dira-t-on, ce sont-là des maladies organiques et la chorée vraie n'est qu'une névrose. Nous répondrons que la démonstration, si nette pour les maladies organiques, possède déjà quelques éléments sérieux qui éclairent d'un jour nouveau la question des névroses. La tétanie nous paraît bien aujourd'hui résulter d'une dilatation stomacale avec troubles gastro-intestinaux ; le tétanos est produit par la dissémination de toxines parties d'un point déterminé, siége de l'infection. Enfin, dans une série d'articles et de travaux remarquables, Marie nous a montré des épilepsies dont l'origine infectieuse paraît évidente.

Pour en revenir à la question de l'hystérie, disons seulement que le professeur Grasset, dans ses *Nouvelles cliniques*, a franchement abordé l'étude de l'étiologie infectieuse de cette affection. Et après avoir prouvé par des observations la théorie qu'il vient d'émettre, il ajoute : » L'hystérie n'est pas souvent une maladie mentale. Elle reste une névrose du système nerveux tout entier ; elle est surtout cortico-cérébrale, mais elle ne l'est pas exclusivement. Elle serait une maladie mentale si on qualifiait ainsi toutes celles dans lesquelles les phénomènes psychologiques jouent un grand rôle, mais elle ne l'est plus si on laisse au mot maladie mentale son ancien sens classique. »

# CHAPITRE V

## Infection, Intoxication et pathologie mentale.

Ainsi l'infection et l'intoxication peuvent faire une maladie nerveuse, entre autres une chorée. Peuvent-elles aussi faire un délire. Nous allons essayer de prouver qu'elles sont souvent l'unique cause de troubles mentaux. Disons d'abord que le fait est prouvé pour l'alcool, le haschisch, l'opium, etc., et nous n'insisterons pas davantage ; nous ferons remarquer cependant que le terrain limite seul le début de l'intoxication, mais qu'elle est toujours possible, même chez l'homme absolument normal. Pour les infections microbiennes et les auto-intoxications quelques développements sont nécessaires. Les folies de cette origine représentent l'ancien groupement nosologique de plusieurs catégories de folies déjà connues, en particulier : les folies des maladies aiguës, les folies sympathiques et les folies diathésiques Nous ne pouvons mieux faire dans l'exposé de cette question que de citer ici des faits empruntés au rapport si clair et si complet de MM. Régis et Chevalier-

Lavaure sur les auto-intoxications dans les maladies mentales.

1° *Folies des maladies aiguës infectieuses.* — La folie typhique est le type des folies liées aux maladies infectieuses. Elle présente deux formes, suivant qu'elle est liée au cours de la dothiénentérie (folie pertyphique) ou à la convalescence (folie post typhique). La première forme ressemble à la manie congestive, avec violente agitation ; la seconde est le type de la confusion mentale et de la pseudo-démence. Le délire de la pneumonie est bien connu ; dans la variole nous retrouvons les mêmes états mentaux que dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire, suivant l'expression de Krœpelin, les psychoses fébriles et les psychoses asthéniques ; enfin, l'érysipèle, la scarlatine et le choléra présentent aussi des délires analogues aux premiers.

Les rapports de la folie et de l'influenza ont été fort bien étudiés dans ces dernières années, particulièrement par Kirn, qui distingue dans cette maladie : 1° les psychoses de la période fébrile, comprenant les délires fébriles ou psychoses transitoires aiguës, caractérisées par de l'excitation ou de la dépression avec illusions, hallucinations, cris, et les psychoses proprement dites débutant à l'apogée de la fièvre, ressemblant souvent au délire alcoolique et guérissant en général au bout de quelques semaines ; 2° les psychoses du stade post fébrile, comprenant la psychose aiguë adynamique, la mélancolie avec tous les degrés entre la neurasthénie simple et la mélancolie la plus intense, et enfin la manie, forme rare mais curable.

Des psychoses liées à des maladies infectieuses aiguës, on peut rapprocher la folie puerpérale dont les relations pathogéniques et cliniques avec l'auto-intoxication et l'infection

ont été plus particulièrement étudiées dans ces dernières années. Dans nombre d'observations, l'infection a été clairement constatée, et Hansen a remarqué que dans ces cas la psychose prenait la forme de la confusion mentale hallucinatoire aiguë et du délirium tremens. Or l'analogie de ces formes morbides est un argument de plus en faveur de l'origine toxémique de la folie puerpérale, car le délirium tremens est le type des délires d'intoxication.

Vers 1887, Korsakow (de Moscou) a décrit aussi des troubles psychiques particuliers observés dans certains cas de polynévrite. Ils sont caractérisés par une amnésie aiguë pour les événements récents, avec conservation de la mémoire pour les faits de date reculée. Korsakow a désigné ces troubles sous le nom de psychose polynévritique ou cérébropathie toxémique. Le délire peut survenir aussi à la suite d'opérations chirurgicales. Dupuytren l'a décrit en 1819 en le séparant nettement du délirium tremens avec lequel il offre de nombreuses ressemblances.

2° *Folies des maladies viscérales*. — Les maladies chroniques de l'estomac sont liées à des psychopathies ainsi qu'à des névroses. On constate le plus souvent de l'apathie, de l'hypocondrie, de l'agitation, des hallucinations et des obsessions.

Les affections du foie et de ses annexes jouent également dans la production de la folie un rôle important. Une thèse récente de Lyon (Th. Raphaely) a mis en lumière les mélancolies vraies d'origine hépatique, et M. Teissier a montré, au Congrès de Paris de 1889, la fréquence des névroses et des maladies localisées au système nerveux après une altération du foie. Or, on sait combien les lésions de cet organe sont fréquentes au cours des maladies infectieuses.

Il en est de même du rein, et Landouzy a pu dire avec raison que « les lésions rénales sont aux maladies infectieuses ce qu'est l'endocardite au rhumatisme ». Or, les psychoses de l'urémie sont si bien toxiques, que la plupart des auteurs qui les ont décrites ont été frappés de leur analogie avec la folie alcoolique.

3° *Folies des diathèses.* — Les désordres psychiques liés à ces états morbides sont le résultat d'un trouble de la nutrition par auto-intoxication et infection. Ils offrent les plus grandes analogies avec ceux que nous avons signalés dans les maladies aiguës infectieuses. Ici encore on distingue les psychoses des épisodes aigus et les psychoses des états chroniques qui correspondent à celles des stades fébrile et post fébrile des maladies infectieuses.

# CHAPITRE VI

## Analogies des délires et hallucinations infectieux, toxiques et choréiques.

Nous venons de voir les rapports de l'infection et du délire, et nous croyons avoir montré qu'il y avait entre eux rapport de cause à effet. Nous allons étudier maintenant les caractères de ces délires infectieux et toxiques, et les rapprocher du délire choréique pour mieux montrer leur complète analogie. Mais il faudra, ici encore, séparer les phénomènes observés dans le stade fébrile de ceux qui se produisent pendant la convalescence.

Le premier degré du trouble mental, dans le stade fébrile, est l'insomnie. En même temps, on constate un état plus ou moins prononcé de dépression psychique, d'indifférence, de mécontentement, de malaise, de crainte, le tout accompagné de nombreuses récriminations. Parfois, il y a un léger degré de mélancolie et d'hypocondrie, qui se traduit par de la mauvaise humeur et de la méfiance vis-à-vis des personnes qui soignent les malades. C'est là un symptôme auquel il faut être attentif, d'autant plus que l'entourage ne croit pas

l'état mental du malade troublé, et que lui-même conserve sa pleine raison, la dépression psychique dont il souffre n'altérant pas sa lucidité d'esprit.

Mais à un degré plus avancé apparaissent des phénomènes plus graves et plus typiques, et présentant encore des caractères communs. En effet, il n'y a pas de troubles intellectuels pathognomoniques de tel poison ou de tel autre. Les folies artificielles créées par les toxiques ne sont que des réactions anormales de l'organe cérébral, surpris en plein fonctionnement régulier par un excitant nouveau. L'excitation peut porter sur un territoire quelconque, ce qui explique les différences apparentes de symptomatologie d'une intoxication à une autre. Mais, comme l'a fait remarquer Legrain, le toxique n'ajoute aucun élément nouveau à ce que peut créer le cerveau normal. Il n'y a pas de localisation sur une faculté; le délire est incohérent et absurde; il n'est jamais organisé: les hallucinations ne donnent aucune tournure spéciale au cours des idées : elles modifient l'idéation dans le moment où elles se produisent, mais le phénomène est passager.

Donc, le délire marque ici encore une seconde étape; disons d'abord, que c'est une aggravation dans l'état mental signalé plus haut, et que ce délire est surtout hallucinatoire dans les maladies infectieuses. Quand il s'agit d'une influence toxique, les réactions cérébrales sont de deux ordres : tantôt diffuses, généralisées, exprimées par des symptômes vagues d'excitation, de dépression ou de stupeur; tantôt nettes, précises, et pouvant indiquer la sélection d'un centre particulier par le poison. On se trouve alors en présence d'hallucinations visuelles et de troubles psycho-moteurs.

Un caractère propre aux folies toxiques, c'est d'être en quelque sorte individuelles, et non organiques : ici on ne peut invoquer des influences héréditaires ou un état mental

antérieurement troublé. Elles peuvent atteindre le système nerveux le plus normal, et l'hérédité n'intervient que pour accélérer ou retarder le moment où l'intoxication est manifeste. Tous ces poisons donnent d'abord naissance à de l'ivresse ; mais nous laisserons de côté ce phénomène d'ordre passager. Quand l'intoxication est un peu plus avancée, on constate des troubles intellectuels de deux ordres : les uns qui laissent la conscience intacte, tandis que les autres, constitués par une déviation des processus psychiques avec perte de l'état de conscience, sont des délires.

Eh bien, quels sont les caractères de ces délires ? Ils sont, dit Legrain, « secondaires, généraux, incohérents et protéiformes ». Les conceptions sont diffuses, rapides, mal liées ; surtout il n'y a aucune tendance à la systématisation. C'est une manie plutôt qu'une vésanie ; enfin, ces délires sont polymorphes, hallucinatoires. Les hallucinations sont visuelles, mobiles et fugaces ; quant aux délires, ils sont passagers, et peuvent se terminer assez rapidement, comme si leur durée était égale à celle de l'élimination du poison. Ajoutons que ces délires sont pénibles, tristes et parfois délirants.

Un point important à noter, c'est que les folies toxiques se compliquent de troubles pathologiques extra-cérébraux, ce qui indique la participation de tout l'organisme à ce processus morbide. La moëlle, les nerfs périphériques, la motilité et la sensibilité peuvent être atteints. Nous savons combien ces phénomènes sont fréquents dans la convalescence des maladies infectieuses.

Dans les délires dits fébriles on constate des caractères analogues à ceux des délires toxiques. Nous n'insisterons pas maintenant sur les hallucinations dont nous parlerons plus loin. D'une façon générale, il y a hyperidéation avec flux de paroles incohérentes. Les conceptions du malade

sont fantastiques et sans lien raisonnable. De là ces mouvements incohérents, appropriés sans doute aux idées qu'ils viennent renforcer.

C'est enfin, comme l'a dit Legrain, un rêve à l'état de veille. Il arrive souvent que le malade semble contempler son délire, et qu'il ait perdu toute notion du monde extérieur. Alors, par une interpellation vive, on peut essayer de captiver son attention. On lui parle, et il répond : mais dès que cesse le dialogue, il reprend le cours de son rêve. La conscience peut être plus ou moins conservée ; elle est cependant plutôt obscure. Elle disparaît complètement quand survient un accès de manie suraiguë ou de délire furieux : c'est le naufrage complet de la raison.

Comme nous l'avons déjà dit, tous ces délires sont caractérisés par des hallucinations visuelles. Nous avons trouvé dans le délire et l'état mental choréiques toutes les particularités qui caractérisent les délires toxiques et infectieux. Nous allons maintenant publier une observation de délire hallucinatoire alcoolique, raconté par le malade lui-même dans une heure de lucidité. En la rapprochant du récit d'hallucinations choréiques fait plus haut par un jeune lycéen, on sera frappé des analogies qu'elles présentent, à ce point qu'on pourrait presque remplacer l'une par l'autre.

### Observation d'alcoolisme subaigu.

(Communiquée par M. le Dr Régis.)

*Récit du malade.*

Pour me relever le moral qui s'affaiblissait de jour en jour, je me suis mis à boire les alcools les plus pernicieux, entre autres ce poison

vitriolique qu'on appelle kirsch à Paris. Bientôt, je le bus à plein verre, sans jamais ressentir les effets de l'ivresse habituelle; mais mon caractère, ma manière de vivre changèrent du tout au tout; je devins sombre, méchant, irascible au dernier point. Une observation, la moindre contrariété me mettaient hors de moi. Je fus pris d'une paresse invincible, d'un dégoût profond pour les travaux de tête. Mon cerveau vide ou obstrué de brouillards, comme on voudra, ne me permettait plus de concevoir un plan, de combiner une idée. Le bruit d'une porte, d'une fenêtre brusquement fermées, m'effrayait et me causait au cœur une commotion nerveuse.

La folie était proche, car ici la mémoire vient à me manquer en partie, et c'est avec l'aide de ma femme que je parviens à me rappeler ce qui suit.

Un soir, je ne sais quelle idée me prit d'entrer dans les bureaux d'un de nos journaux comiques, où ma femme avait l'habitude, ayant fait les conditions au préalable, de toucher le montant de mes articles. J'appris par hasard qu'ils lui étaient payés plus chers qu'elle ne me le disait, car elle évitait autant que possible, depuis ma maladie, de me laisser de l'argent entre les mains, sachant d'avance qu'il serait absorbé en kirsch dont je n'avais jamais assez.

En apprenant ce que j'appelais dans ma fureur une tromperie, un vol!.., j'accablai ma malheureuse femme de grossières injures. Contre mes habitudes, je fis du scandale; j'allai jusqu'à la menacer, et ce fut un miracle si je ne la frappai pas.

Il me prit même des envies de la tuer! Mais une telle pensée avait si peu de rapport avec mes habitudes pacifiques, que, malgré ma folie naissante, j'y renonçai bientôt, et, chose étrange, je me figurai que c'était elle qui voulait me donner la mort, soit par le poison, soit par l'assassinat. Je me pénétrai tellement de cette idée qu'elle ne me sortit plus de la tête.

A partir de ce moment, je devins un fou monomane, je ne sortis plus. Du reste, cela m'eût été presque impossible, je pouvais à peine

marcher. Mes forces m'abandonnaient complètement; je dus prendre le lit, que je ne quittai qu'à mon départ de la maison. Alors commencèrent pour moi ces étranges visions qui me rendaient si malheureux.

Chaque nuit, trois ombres noires, vêtues de longues robes, et dont je ne distinguais jamais ni les pieds ni la tête, voltigeaient au-dessus de moi, et me montraient un papier ou carton noir couvert de signes mystérieux, flamboyants, comme s'ils eussent été tracés avec du phosphore. C'était, autant qu'il m'en souvient, la donnée première, le scénario d'un ouvrage qu'il fallait écrire pour Satan!.. Je refusais... Aussitôt les ombres pesaient sur ma poitrine jusqu'à m'étouffer, tout en murmurant à mes oreilles, avec des accents qui n'avaient rien d'humain : « Il faut!.. Il faut!.. L'enfer l'ordonne!.. » Puis elles disparaissaient, et j'entendais après leur départ, pendant assez longtemps encore, un bourdonnement pareil à celui que produit l'eau d'une rivière quand on plonge. Je restais anéanti, sans mouvement, quelquefois plus d'une heure. Je voulais appeler, crier, ma voix râlait. Puis, je voyais arriver ma femme au pied de mon lit. Elle tenait une lumière d'une main et un couteau-poignard de l'autre. Elle m'en menaçait en prononçant des paroles inintelligibles. Qelquefois le couteau était remplacé par un verre rempli d'une liqueur noire qui, naturellement, ne pouvait être que du poison.

Comment échapper à la mort? Voilà ce qui tourmentait mon pauvre esprit. Mes ombres infernales vinrent à mon secours, mais à la condition que je travaillerais pour le diable leur maître. Je promis! mais, je l'avoue, avec l'intention formelle de ne pas tenir ma promesse. Le moyen préservatif était fort simple : dès que ma femme entrait dans ma chambre, je n'avais qu'à faire un crochet de mes deux index. Aussitôt, je devenais invisible, et tandis que mon assassin me cherchait dans mon lit pour me frapper, je me transportais à volonté sous mon bureau, dans la cheminée, l'armoire, etc.

Mais si j'échappais à un danger, je tombais dans un autre. Mes ombres me rappelaient chaque nuit suivante la promesse que j'avais

faite, en me menaçant de ces mots : « Est-ce fait ?.. » J'étais alors en butte à leur colère. Elles me tourmentaient de mille manières, et quand je parvenais à m'en débarrasser, je tombais dans une sorte de prostration, d'engourdissement, d'oubli de tout, comme si la vie allait me quitter.

Cette situation dura neuf ou dix nuits. Enfin, un médecin du voisinage, devant qui, paraît-il, je fis mon expérience d'invisibilité, me proposa de me faire aller à la campagne. J'acceptai avec empressement, espérant être délivré de mes horribles visions, ce qui eut lieu. Le surlendemain, je crois, je montais en voiture, et j'arrivais dans l'oasis de l'infirmerie du dépôt.

Le reste vous est connu.

Croyez, cher Monsieur, que je n'ai pas surchargé ce récit, je l'ai plutôt adouci, car j'ai oublié bien des choses, entre autres ce qui amenait chez moi de fréquents évanouissements. En parlant de l'infirmerie du dépôt, je me souviens que je pleurai à chaudes larmes dans ma cellule, car je me croyais bel et bien en prison, et j'attribuais cela à la vengeance de mes diables.Il est à croire que je ne suis pas le seul que frappe ce séjour cellulaire. Un bon homme, dont je fis connaissance à l'admission, m'affirma qu'il avait lu sur l'espèce de toile à sac qui sert de couverture au lit de camp des cabanons : « Forçat n° 7 ». Il ne l'avait sans doute lu que dans son imagination, mais il avait été frappé.

Pardonnez à la négligence de mon style et au décousu de ce récit; tout ceci est écrit au courant de la plume, et sans autre prétention que d'être aussi véridique que possible.

Votre tout dévoué.

X...

Le récit détaillé de cette hallucination alcoolique et sa comparaison avec le récit de notre jeune choréique montrent qu'il s'agit là de faits analogues. Voyons maintenant ce qui

sépare ces hallucinations choréiques et autres du délire vésanique essentiel.

D'abord, et nous l'avons déjà dit, ces hallucinations ressemblent à un rêve. « Le rêve, suivant Delage, est le produit de la pensée errante, sans but et sans direction, se fixant successivement sur les souvenirs qui ont gardé assez d'intensité pour se placer sur sa route et l'arrêter au passage, établissant entre eux un lien tantôt faible et indécis, tantôt plus fort et plus serré, suivant que l'activité actuelle du cerveau est plus ou moins abolie par le sommeil ». Ajoutons que les rêves se produisent de préférence dans la période hypnagogique qui précède le sommeil, et dans celle qui précède aussi le réveil. Vers le matin, avant le réveil complet, nous sommes quelquefois plongés dans un état de demi-sommeil pendant lequel nous rêvons encore, mais où la volonté commence à sortir de son engourdissement. Nous pouvons alors diriger les événements du rêve à notre gré. C'est bien le rêve commencé qui continue, mais avec plus de logique.

Nous retrouvons ces caractères dans le délire choréique et dans les délires toxiques. Le premier degré peut être une illusion, une hallucination légère, plutôt analogue à ce qu'on retrouve dans la rêverie « cette école buissonnière de la pensée ». Nous voyons devant nous des personnages réels, mais les actes qu'ils accomplissent ne leur sont pas habituels. Nous inventons pour eux des circonstances anormales et des intrigues compliquées. En un mot, nous les prenons dans la vie réelle, mais nous dénaturons leurs actes. Or, comme nous ne dormons pas à ce moment, la volonté contrôle encore tous ces phénomènes et nous dit qu'ils sont imaginatifs.

Nous voyons dans nos deux observations que les hallucinations de nos deux malades ont pour point de départ des individus qui existent ou sont morts depuis peu. C'est là la

part de la vie réelle : il ne s'agit, en réalité, que de souvenirs. Mais les paroles qu'ils prononcent, les actes qu'ils accomplissent, voilà ce qui constitue l'hallucination.

De plus, comme le rêveur mal endormi, l'halluciné discute ses visions. Il n'accepte pas indistinctement tout ce qui se présente : cette part de réalité que nous venons de signaler, combinée avec une part de fantastique, met quelquefois le malade dans un embarras cruel. Notre jeune choréique admet bien que ses parents puissent défiler devant lui, la tempe percée d'une balle ; mais il se demande comment tout ce monde peut passer entre la cloison et son lit, dans un espace large seulement comme la main. Ainsi, la personnalité du sujet surnage au milieu de ses divagations. Tout en participant aux scènes étranges qui se déroulent devant ses yeux, il les apprécie, les discute et fait quelques restrictions sur la possibilité de certains phénomènes. Voilà ce qu'on ne trouve jamais dans l'aliénation mentale.

Chose curieuse, ces hallucinations sont, pour ainsi dire, exclusivement visuelles. Marcé avait noté le fait chez les choréiques ; chez l'alcoolique il en est de même. L'alcoolique dit rarement : J'entends ; il dit : Je vois. Et quand il discute, c'est surtout lui qui parle ; l'interlocuteur ne manifeste sa présence que par des phrases très courtes et assez rares.

Il en est de même dans le rêve, où l'hallucination visuelle est d'une merveilleuse précision. Les sens de l'halluciné visuel ne concordent pas entre eux ; quand les perceptions auditives interviennent secondairement, elles n'ont pas la netteté des hallucinations vraies de la vue.

Dans la chorée comme dans le rêve et le délirium tremens, il s'agit de scènes suivies avec rapidité, la durée de chaque vision étant très courte : la notion de temps n'existe pas. Nul ne peut dire combien d'heures ou de minutes a duré un rêve.

Enfin, il y a tendance au rêve actif, et cette activité se manifeste par des mouvements. Tantôt ce sont de petits mouvements comme en ont les gens dont le sommeil est agité ; tantôt cela va jusqu'au rêve somnambulique, et c'est alors qu'on voit des individus se précipiter par la fenêtre qu'ils prennent sans doute, dans leur hallucination, pour une porte, ou au moins pour une issue moins dangereuse, car ils ne commettent pas cet acte dans le but de se détruire.

Nous n'avons pas insisté ici sur le caractère de profonde tristesse commun à toutes ces hallucinations, nous avons déjà dit combien étaient fréquentes les apparitions d'animaux d'aspect désagréable, et les évocations de croix, de cimetières et d'objets funèbres en général.

Les délires et hallucinations dont nous venons de parler sont l'apanage de la période aiguë de la chorée, et même de sa période de déclin. Mais dans la convalescence le tableau change un peu. On voit souvent naître un état qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, ni de la démence, mais qui tient des trois états : c'est la confusion mentale, simple ou hallucinatoire, qui semble liée à la convalescence des maladies infectieuses.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici la description qu'en a donné Wille.

« La confusion mentale est une maladie du cerveau fonctionnelle, souvent aiguë, mais non rarement chronique, qui commence presque régulièrement avec un stade aigu hallucinatoire, se termine ultérieurement par de la confusion des idées, un délire désordonné, un manque de repos sans motif alternant avec des états intercurrents d'excitation ou de stupeur. On observe des paroles, des actes troublés, dissociés, entrecoupés, avec de la non-clarté et de la désorientation, qui se traduisent en même temps par des perceptions et des

sensations défectueuses et inexactes, par une appréciation et un jugement inexacts de ces perceptions et par la perte de la mémoire. Les illusions et hallucinations sont fréquentes, surtout dans les périodes d'excitation. Le caractère et le contenu de ces accès d'excitation est divers et variable : les malades sont excités, ou tristes, ou inquiets; d'autres fois ils sont en colère, ou douloureusement impressionnés, ou tout cela ensemble, par une alternative rapide.

» Dans les stades tranquilles, les malades donnent l'impression d'un grand affaiblissement général, avec une digestion troublée, un sommeil mauvais, une température subnormale avec intervalles d'élévation, des troubles multiples des sécrétions et des excrétions. »

Telle est cette confusion mentale que M. Chaslin a remise au jour, en France, dans son mémoire sur la confusion mentale primitive. Elle est commune à toutes les maladies infectieuses, mais elle nous intéresse particulièrement par sa fréquence dans la convalescence des chorées délirantes.

# CONCLUSIONS

Les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de notre thèse sont les suivantes :

1° La chorée vraie de Sydenham semble bien avoir une origine infectieuse ;

2° Toutes les infections peuvent la faire naître. La question de terrain, malgré son importance, ne saurait tracer une limite infranchissable aux effets de l'infection ;

3° Tous les auteurs, même ceux qui ont nié l'origine infectieuse de la chorée, reconnaissent malgré eux au délire choréique un caractère spécial, celui des délires toxiques ;

4° Il existe un état mental, un délire et une folie choréiques. Ce sont les trois stades d'un même état morbide. La folie choréique doit être distinguée de la folie dans la chorée.

5° La place prise par les infections et les intoxications dans les maladies nerveuses et les maladies mentales vient éclairer par la pathologie générale la question de la chorée d'une part, et de l'autre, celle de son délire ;

6° La comparaison d'un délire choréique avec un délire alcoolique subaigu, type des délires toxiques, nous permet

de croire que ces deux psychoses sont semblables. Or, les délires toxiques sont, de l'aveu de tous, analogues aux délires infectieux. Le délire choréique a donc les caractères des délires infectieux;

7° Notre conclusion sur la nature de ce délire vient confirmer à son tour la théorie de la chorée infectieuse ;

8° Tous ces délires sont à forme de rêves.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu, bon à imprimer.
*Le Président de la Thèse* :
L.-A. ARNOZAN.
Bordeaux, le 15 juillet 1896.

Vu et permis d'imprimer
*Le Recteur :*
A COUAT.
Bordeaux, le 16 juillet 1896.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Crespin. — Infection et chorée (Th. de Lyon 1891).

Breton. — Etat mental dans la chorée (Th. Paris 1893).

Lannois. — Nosographie des chorées (Th. d'agrégation 1886).

Digoy. — Chorée avec troubles psychiques (Th. Paris 1890).

Rosaguiti. — De la folie choréique (Th. Montpellier 1888).

Triboullet. — Rôle possible de l'infection en chorée (Th. Paris 1893).

Grasset. — Système nerveux *(Nouvelles cliniques)*.

Frémy. — Chorée aiguë compliquée de délire maniaque *(Gazette des hôpitaux,* 1864).

Bergeron. — Chorée avec hallucinations (*Gazette des hôpitaux,* 1861).

Ritti. — Chorée ; troubles mentaux, etc. (*Union médicale,* 1873).

Thore. — De la chorée dans ses rapports avec l'aliénation mentale *(Ann. médico-psychol.,* Paris 1865).

Régis et Chevallier-Lavaure. — La folie des maladies aiguës *(Gazette hebdom.,* sept. 1893).

— Rapport au Congrès de La Rochelle, 1894.

Toulouse. — Psychoses post infectieuses *(Gazette des hôpitaux,* 1893).

Marcé. — Etat mental dnns la chorée *(Rapport à l'Académie de médecine,* 1860).

Comby. — Etiologie et nature de la chorée de Sydenham *(Société médicale des hôpitaux,* mai 1891).

Régis. — Note sur un cas de folie choréique (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1890).

Joffroy. — De la folie choréique (*Semaine médicale*, 1893).

Legrain. — *Les poisons de l'intelligence.*

Bouvat. — Essai sur l'urémie délirante (Lyon 1883).

Delage. — Théorie du rêve (*Revue scientifique*, 1891).

Judée. — Du délire aigu (Paris 1859).

Dieckerhoff (F.). — *Chorea und geistesstorung* (Bonn 1894).

Mairet. — Manie choréique (*Ann. médico-psych.*, 1889).

Bordeaux. — Impr. du Midi, P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.